1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
(SAINT-ANTOINE)

Année 1972 N°

1973

THÈSE

POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE
Diplôme d'État
d'Université

PAR

Jean-Pierre BOYER
Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

Né le 30 mai 1945 à Blois (41)

Présentée et soutenue publiquement le

A propos de la suraliénation des malades mentaux

Président : Monsieur le Professeur BOURGUIGNON

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543902_0026

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
(SAINT-ANTOINE)

Année 1972 N°

THÈSE

POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE
Diplôme d'État
d'Université

PAR

Jean-Pierre BOYER
Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

Né le 30 mai 1945 à Blois (41)

Présentée et soutenue publiquement le

A propos de la suraliénation des malades mentaux

Président : Monsieur le Professeur BOURGUIGNON

1.10.1971

UNIVERSITE PARIS VI

FACULTE DE MEDECINE SAINT - ANTOINE

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

Professeurs titulaires

MM.	ANDRE R.	Hématologie
	BRISSAUD H.	Pédiatrie
	BROCARD R.	Médecine
	CAROLI J.	Médecine
	CATINAT J.	Cardiologie
	CERBONNET G.	Chirurgie
	CHERIGIE Ed.	Radiologie
	CHIGOT P.L.	Chirurgie infantile
	CONTAMIN Fr.	Neurologie
	CONTE M.	Médecine
	DAGUET L.	Bactériologie
	DEBRAY J.	Médecine
	FLABEAU F.	Chirurgie
	GERBAUX J.	Thérapeutique
	GOSSET J.	Chirurgie
MM.	HUGELIN A.	Physiologie
	LAPLANE R.	Pédiatrie
	LE LORIER G.	Obstétrique
	LOEPER J.	Médecine expérimentale - Immunologie
	LOYGUE J.	Chirurgie
	MAROIS M.	Histologie
	MERGER R.	Obstétrique
	MILHAUD G.	Biophysique
	NICK J.	Neurologie
	ORCEL L.	Anatomie pathologique
	PERRAULT M.	Médecine
	POLONOVSKI Cl.	Pédiatrie
	POLONOVSKI J.	Biochimie
	RICHET G.	Néphrologie

Professeurs sans chaire

MM.	BRICOUT F.	Bactério-virologie
	CHALUT J.	Radiologie
Mme	CHAPUT A.	Stomatologie
MM.	DUHAMEL G.	Hématologie
	GIRARD F.	Physiologie
MM.	GOLFAN Y.J.	Parasitologie
	LESTRADET H.	Pédiatrie
	PICARD J.	Biochimie
	ROUX Ch.	Embryologie
	PIERON R.	Pneumo-phtisio.

./.

Maîtres de Conférences

MM.	AKOUN G.	Médecine
	ARDAILLOU R.	Physiologie
	BAUX S.	Chirurgie
	BOURY G.	Chirurgie
	CHEYMOL G.	Pharmacologie
	CHOUARD Cl.	O.R.L.
	CLOAREC M.	Médecine
Mme	COMBRISSON A.	Hématologie
MM.	DAUTRY P.	Chirurgie
	DECROIX G.	Pneumo-Phtisio.
	DELIGNE P.	Anesthésiologie
	DOYON D.	Radiologie
	DRY J.	Médecine
	FOUET P.	Thérapeutique
	GAUTIER H.	Physiologie
	GRUNER M.	Chirurgie infantile
	GUILMET Cl.	Anesthésiologie
	GUIRAUDON G.	Anatomie
	HERMAN D.	Médecine
	HUGUET Cl.	Chirurgie
	HUGUIER M.	Chirurgie
1.4.72	AMSTUTZ Ph.	Réanimation
	APOIL A.	Orth. traum.
	FONTAINE J.L.	Pédiatrie
	KRULIK M.	Médecine générale
MM.	LASFARGUES G.	Pédiatrie
	LAUGIER A.	Radiologie
	LEVY V.G.	Médecine
	MALAFOSSE M.	Chirurgie
	MENSCH B.	Biophysique
	MERY J.Ph.	Néphrologie
Mme	MIGNON Fr.	Néphrologie
MM.	OPOLON J.	Médecine
	PAQUELIN Fr.	O.R.L.
	PISSARRO B.	Médecine préventive
	POULET J.	Médecine
	RAMPINI Cl.	Biochimie
	RICHARDET J.M.	Pédiatrie
	ROLAND J.	Anatomie pathologiqu·
	SALAT J.	Obstétrique
	SALMON Ch.	Hématologie
	SANTARELLI J.	Obstétrique
	WARGON H.	Médecine expérimentale
	WEINMANN S.	Biochimie
	NAJMAN A.	Hématologie
	NICOLLE M.	Neurologie
	WITCHITZ S.	Cardiologie

Enseignants Associés

Professeur Associé	M. BLOCH-MICHEL H.	Rhumatologie
M. C. A. Associé	M. ELIAKIS Em.	Médecine légale

./.

Enseignants Contractuels

M.C.A.	M. KIRSCH F.	Physiologie biochimique

Chargés d'Enseignement

MM.	BENOIST	Rhumatologie	MM.	DUNET	Endocrinologie
	BRUEZIERE	Chirurgie infantile		LOFFREDO	Obstétrique
	CRISTOL	Cardiologie		SALOMON	Rhumatologie

Attachés d'Enseignement

MM.	CAVASSUS	Cardiologie	MM.	HIVET	Chirurgie
	COUVREUR	Thérapeutique		MIGNOT	Neurologie
	DES LAURIERS	Neurologie		SAUVAN	Cardiologie
	GALLOUEDEC	Pneumologie		VANNIER	Pneumologie

-:-:-:-:-:-:-:-:-

A la mémoire de mon père

A ma mère et à mes soeurs, avec toute ma tendresse

A mes amis

A Marie-Christine Ballay, Agnès de Gunzbourg, Jean-Claude Boucris, que je considère malgré leurs dénégations comme responsables, aussi,de ce travail, avec toute mon affection

A l'équipe du IVème Arrondissement

A tous les patients et travailleurs de la santé mentale, avec l'espoir que cette thèse puisse contribuer à changer l'ordre actuel des idées et des choses

A mes Maîtres d'Externat :

Au Professeur BOUDIN

Au Professeur LEIBOVICI

Au Professeur LEPERCQ

Au Professeur BOURGUIGNON
qui m'a fait découvrir le fait psychiatrique
et psychanalytique, et qui me fait aujourd'hui
l'honneur et le plaisir de présider cette thèse.

A mes Maîtres d'Internat :

Au Docteur Jean DREYFUS, qui a guidé mes premiers pas en institution

Au Docteur Lucien BONNAFE et au Docteur Bernard SIGG, avec qui j'ai eu la chance de travailler, leurs réflexions et leur expérience furent pour moi le meilleur des enseignements

Au Docteur Guy BENOIT

A PROPOS DE LA SURALIENATION DES MALADES MENTAUX

INTRODUCTION

Paraphrases de Saint-Just *

- "Il s'agit moins de rendre les gens heureux que de les empêcher d'être malheureux. N'opprimez pas, voilà tout. Chacun saura bien trouver sa félicité."

- "Un peuple (un malade) chez lequel serait établi le préjugé qu'il doit son bonheur à ceux qui le gouvernent (soignent) ne le conserverait pas longtemps."

* Voir Bibliographie (1)

Dans cette introduction, je dois d'abord définir ce que j'entends par aliénation ou suraliénation, car comme beaucoup de termes récemment à la mode, ils ont été galvaudés, servis à toutes les sauces et se sont progressivement vidés de leur substance propre pour n'être actuellement que des signifiants ambigüs renvoyant selon les goûts ou les options politiques, philosophiques ou autres de votre interlocuteur à des signifiés très différents.

Qu'en dit le Petit Robert : (*)

Aliénation : n.f. XIII Lat. Alienatio v. Aliéner (Aliéner Lat. Alienare) de Alienus, qui appartient à un autre, étranger.

1. - Transmission qu'une personne fait d'une propriété ou d'un droit à titre gratuit ou onéreux Dr. Intern : Aliénation de territoire en cas d'annexion.

2. - (XIV°=Aliénation d'esprit;1801: aliénation mentale). Trouble mental passager ou permanent qui rend l'individu comme étranger à lui-même et à la société où il est incapable de se conduire normalement.

3. - Aversion, hostilité collective envers quelqu'un. Aliénation des esprits, opinion hostile.

4. - fig. Fait de céder ou de perdre (un droit, un bien naturel): ce serait une aliénation de ma liberté ◆ Philo. trad. de l'allemand Entfremdung. Hegel Marx). Etat de l'individu qui, par suite des conditions extérieures (économiques, politiques, religieuses) cesse de s'appartenir, est traité comme une chose, devient esclave des choses et des conquêtes même de l'humanité qui se retournent contre lui.

De toutes ces définitions s'attachant à des domaines assez éloignés, il ressort cependant un concept central ; celui d'une perte, d'un changement d'état où une propriété manque : perte de liberté, de raison, de droit, de bien naturel, d'appartenance à soi ou à une société.

Néanmoins, il est une définition s'écartant quelque peu de ce concept, celle d'aversion, d'hostilité.

Il est remarquable à ce niveau de constater que, quel que soit le domaine ou la discipline considéré, la définition peut s'appliquer au sujet fou qui valide à lui seul chacune d'elle.

./.

(*) ...

Etymologiquement : - Il appartient à un autre ;
- Il transmet ses droits et sa propriété ;
- Il est l'objet d'aversion et d'hostilité ;
- Il perd sa liberté, ses droits et biens naturels ;
- Il ne s'appartient plus et est traité comme une chose.

Il n'est point question pour ma part de remettre ici en cause les concepts de structures psychiques ou de folie. Quant au problème de l'opposition ou de l'adéquation "aliénation mentale - aliénation sociale", aporie si souvent débattue, il ne sera pas au centre de ma réflexion dans la mesure où ce débat se situe au niveau de la genèse des troubles psychiques, alors que mon exposé, pour sa part, prend sa source au niveau de l'étude du statut qui est fait au sujet fou et du type de rapport que la société institue avec celui-ci.

A l'endroit où ma thèse se situe, Aliénation mentale et Aliénation sociale * sont intimement liées et intriquées, contradictions internes et externes s'alimentant les unes les autres.

Et c'est pour ces raisons que les termes "aliénation" et "suraliénation" seront employés indifféremment l'un ou l'autre au cours de ce qui suivra, le préfixe "SUR" venant seulement marquer l'en-plus.

Le concept d'aliénation sera essentiellement examiné sur le plan des relations aliénantes que la société établit avec les "fous", tant au travers de ses divers organismes, institutions ou appareils, qu'au travers des relations individuelles ou collectives, et ce particulièrement avec "les professionnels de la folie".

Il sera donc question de la place réservée au sujet dit fou dans notre société, du mode de relation très particulier qui s'institue avec lui, ainsi que de l'habit phosphorescent et souffré que traditions, us et coutûmes, mythes, mettent sur le dos de celui-ci et qui pèse si lourd sur son avenir. (Je veux dire :"cet en plus"marquant "l'en moins", "la perte de", auquel le fou a droit du fait de sa folie et qui l'enfonce).

./.

* Encore faudrait de prendre le temps d'analyser ce que ce concept recouvre.

Ce texte sera jalonné d'exemples cliniques qui viendront étayer les deux premières parties.

- La première partie sera l'énoncé et la tentative d'analyse des différents appareils et relations qui produisent des effets suraliénants.

- La deuxième partie portera sur la description de la pratique désaliéniste d'un service en voie de sectorisation, service du 4ème Arrondissement auquel mon intérêt et mes fonctions se sont attachés pendant plus de deux ans et qui a profondément marqué le sens de mes réflexions et de ma pratique.

Dans la troisième partie, j'avancerai quelques hypothèses sur les relations "Soignant - Soigné"à partir de ce qui aura été exposé dans les chapîtres précédents.

Cette partie sera également le lieu d'une réflexion sur les façons dont actuellement notre société traite le malade mental, sur la fonction de la psychiatrie et sur les formes actuelles de pratique psychiatrique.

Mon ambition serait que cette dernière partie puisse être à la source d'une discussion sur une conception différente du rôle de l'équipe psychiatrique qu'il serait nécessaire d'envisager dans une perspective désaliénante.

Premier chapitre :

ENONCÉ ET TENTATIVE D'ANALYSE DES APPAREILS ET DES RELATIONS SURALIENANTS

A. - AVANT PROPOS

"L'être humain peut être considéré comme un système ou champ d'interaction à plusieurs dimensions : biologique, somatique, intrapersonnelle (psychique), interpersonnelle, extrapersonnelle (social et culturel).

Une intervention à un niveau quelconque, a des répercussions à tous les autres. La personne "normale" est un système "ouvert", autant d'un point de vue interne, que dans ses relations et interactions avec les autres systèmes ouverts dont il est entouré. Il est donc constitué par un champ intérieur en contact constant avec un champ extérieur (interpersonnel et socio-culturel)."

J'ai tiré ce passage d'un article de Woodbury (*) car il me paraît introduire parfaitement le propos de cette première partie. En effet, celle-ci traitera justement des répercutions (néfastes et aliénantes) que peuvent produire sur le champ intérieur du sujet fou (décrit par Woodbury comme plus ou moins fermé) les modifications survenant au niveau des champs interpersonnel et extrapersonnel à partir de la désignation du sujet comme tel.

Mais, avant d'aborder directement l'étude successive des différents appareils et types de relations modifiant les interactions entre les différents systèmes dans le sens d'une suraliénation pour le fou, il me semble nécessaire de resituer dans leur ensemble ces appareils et relations par rapport au mode de fonctionnement de notre société et au mode de rapport existant entre les individus garantissant ce fonctionnement.

Pour ce faire, je m'exprimerai sous forme allégorique en présentant la famille "Idéologie dominante" dont le père serait le discours de l'ordre de la raison, de l'utilitaire et du profit, la mère, la pensée ségrégationiste, mère de nombreux enfants, tels l'individualisme, le cloisonnement, la normalité, le racisme, l'exploitation, l'oppression ...

./.

(*) - Voir Bibliographie N° 3

Cette famille, tentaculaire, impalpable, s'exprime au travers de l'Etat et de ses appareils -Armée, Police, Justice, Religion, Education, Santé, Psychiatrie- ; par leur intermédiaire elle nous soumet à ses règles, conditionne notre mode de pensée, nos comportements, infiltre notre culture, châtre nos enfants dès le plus jeune âge de leur potentiel imaginatif, artistique, poétique, créatif, critique même pour les soumettre à ses lois productives. Elle fait de nous, psychiatres, faibles rouages d'un de ses appareils, les agents de son ordre et de sa norme. C'est ainsi que poètes, bohémiens, gauchistes, femmes, hippies, délinquants, noirs, fous ... se trouvent rejetés aux égouts des chemins d'une Raison toujours plus étroite.

Il est temps à présent d'étudier les instruments de cette famille et de voir quels effets suraliénants ils produisent sur le malade mental. Je m'intéresserai particulièrement aux appareils les plus directement impliqués par rapport au sujet fou.

./.

- L'APPAREIL JUDICIAIRE ET LA LEGISLATION RELATIVE AUX MALADES MENTAUX

En France, la notion d'irresponsabilité est de plus en plus souvent évoquée et généreusement appliquée à toute personne étiquetée "malade mental" ou révélée "déséquilibrée" après expertise. Cette attitude n'est pas sans ouvrir quelques questions sur les rapports que la justice établit avec le malade mental, par le simple fait qu'elle clôt le bec à l'individu catalogué ainsi.

Le moindre trouble noté ou souligné peut faire (cela dépend si le juge est "bon" ou non) perdre toute sa valeur, tout son sens à la parole ou à l'acte de la personne inculpée, autrement dit l'invalider. Ainsi, dans ces cas, la société, par son appareil judiciaire, fait acte d'injustice en se refusant de rendre justice à ces gens, en esquivant leurs paroles, leurs actes. Cette esquive se concrétise par une décision, une sentence de non-lieu. D'où vient ce non-lieu ?- Du Code Pénal de 1810, Article 64, qui stipule : "Il n'y a ni crime, ni délit, si le prévenu était en état de démence au moment de l'action ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister."

Le non-lieu marque officiellement le fait que le sujet n'est pas responsable, comme si dans ce cas l'individu n'existait pas et que ses actes ne pouvaient être pris en compte par rapport à l'ordre établi. Cette sentence ségrégative (se gregex : coupé du troupeau) (*)1 marque le fait que la justice se refuse à le considérer comme interlocuteur et par là annule tout le discours du sujet pourtant lourd de sens.

La Loi ne prend pas en considération la personne, mais l'aliénation dont il est l'objet, c'est elle qui est coupable, c'est elle qu'il faut traiter, sanctionner. Le prévenu, quant à lui, n'est que le porteur de ce mal (*) 2.

./.

(*)1 - Etymologiquement, se marque la notion de séparation, de coupure. Gregex Gregis : troupeau. Cette particule "se" qui vient de l'indo-européen Sek a été à l'origine des mots tels : savoir, signe, scier... voir Bibliographie, N° 4

(*)2 - Mal. De malus, latin, mauvais, d'où viennent les mots malin, maudit, malade, malédiction (Bibliographie, N° 4)

Cette décision de non-lieu entraîne pour le sujet "impliqué" deux sortes d'effets aliénants : par rapport au reste de la population et par rapport à lui-même.

- Par rapport aux autres, elle lui confère un statut à part, d'étranger, de hors la loi (loi de tous qu'il connaît comme quiconque). Elle lui fait violence en refusant de le considérer comme tout le monde ; elle le déchoit de ses droits et de ses contraintes d'être social; elle lui nie le droit de transgresser, la Loi , en refusant de lui en faire subir les conséquences habituelles. Quelles limites, quelles références lui laisse-t-elle, en le dépossédant de ce qui fait de lui un être humain comme les autres ?

- Par rapport à lui-même, de son rôle d'acteur, de sujet d'une histoire, il devient l'objet victime d'un funeste destin. La Loi, en désignant l'aliénation pour responsable, la valide, la fige, l'officialise, la marque de son sceau.

Elle indique de ce fait une séparation très nette pour la personne entre ce qui est sain en elle et ce qui ne l'est pas.

Le Législateur, en voulant protéger le malade mental, l'aliène un peu plus ; en refusant de lui appliquer la Loi de tous et la sanction symbolisante qu'il mérite, elle l'empêche de prendre une certaine distance vis-à-vis de ses actes répréhensibles ou non d'ailleurs, et l'empêche d'établir un lien entre ce qui "déconne" et ce qui raisonne chez lui. Par cette loi d'exception qu'elle lui applique, la justice le bloque dans une situation imaginaire puisque cette loi scotomise les faits réels (il n'y a ni crime, ni délit) et que, par ailleurs, l'accession au symbolique lui est refusée puisqu'il est jugé irresponsable.

Le non-lieu ne rend pas la liberté au malade pour autant ; dangereux de fait, comme le prouve le délit causé par son aliénation; irresponsable de ses actes, il ne peut donc se soigner sans y être contraint ; l'enfermement en placement d'office à l'Hôpital psychiatrique va donc de soi. Ce genre de placement d'office met très longtemps à être transformé, malgré les demandes répétées des services hospitaliers, l'administration ne tenant pas, quant à elle, à prendre des risques pour un malade dont elle ne connaît que ce que lui en dit le certificat initial de placement.

./.

J'aimerais souligner ici le fait que, contrairement à ce que pourraient nous faire croire les premières pages des quotidiens, des travaux récents ont montré que, relativement à la population de malades mentaux et de sujets dits normaux, le nombre de délits commis par les malades mentaux est nettement inférieur au nombre des délits commis par le reste de la population. La peur ou la réassurance que peuvent nous procurer ces colonnes à la "une" prennent donc leur source en dehors de la réalité.

A propos de cette notion d'irresponsabilité pénale, je citerai l'exemple de Mr. B., ouvrier de 45 ans, travaillant dans l'imprimerie. Mr. B. poursuivait une petite vie tranquille et solitaire. Dans la nuit du 13 au 14 juillet 1969, alors qu'il se promenait sur le bord du Canal Saint-Martin, il est interpellé par un policier qui lui demande vertement ses papiers d'identité ; un échange de mots s'ensuivit, qui rapidement tourna à l'injure. A la suite de cette altercation, qui se déroula sans échange de coups, il fut amené au Poste de Police du quartier et inculpé "d'insulte à un Représentant de l'Ordre dans l'exercice de ses fonctions". Jugé en flagrant délit, il fut condamné à six mois de prison ferme. Trouvant la chose un peu dure, il fit appel et un expert vint le visiter au bout de cinq mois et demi. Mr. B. refusa de le voir, car c'était à la justice qu'il s'adressait, non à la psychiatrie. Le fait est que lors du deuxième jugement, la Cour conclut cette affaire par un non lieu et Mr. B. se retrouva en placement d'office à l'asile huit jours avant d'avoir purgé sa peine. Il resta à l'asile six mois avant que sa transformation de placement soit accordée. Je vous laisse le soin d'imaginer les sentiments de cet homme qui fut étiqueté par l'expert "paranoïaque sensitif", et qui ne sût que faire pour récuser ce non-lieu qu'il jugeait dégradant et qui lui valût le double temps d'enfermement.

Bien d'autres cas pourraient être cités de personnes réclamant justice dans le sens noble du terme, refusant la position d'être socialement mort dans laquelle la Loi les met.

Pourquoi n'entend-on pas la voix des malades mentaux qui réclament d'être jugés comme tout le monde, qui revendiquent la paternité et la responsabilité de leurs actes.

./.

Evidemment, il y a eu le cas du Président Schreber, exception qui confirme la règle et qui en cela est exemplaire, malheureusement nos clients ne sont pas présidents :

Le 14 juillet 1902 , Daniel Paul Schreber, docteur en droit, Président en retraite de la Haute-Cour du Royaume de Saxe, fit appel du jugement qui l'avait, en tant qu'aliéné, placé sous tutelle en mars 1900...

La Cour avait jugé qu'un délirant en proie à des hallucinations, c'est-à-dire "en proie à des influences externes non contrôlables" n'était pas en mesure de s'occuper avec maîtrise de l'administration de ses biens.

Daniel Schreber, aidé de son Avocat, contesta ces arguments ; il ne voyait pas pourquoi une paranoïa diagnostiquée par les psychiatres l'empêcherait d'assumer avec responsabilité la conduite de ses affaires. Le délire (problème médical) est une chose, la capacité civile (problème juridique) en est une autre. Il eut gain de cause. Le juge n'avait mis à aucun moment en doute le bien fondé du diagnostic médical ; mais il considérait, en un certain sens, l'aliénation comme faisant partie des droits de l'individu. Ce sont ces droits que la Cour d'Appel cherchait à préserver. Du moment que le placement sous tutelle n'avait aucun effet sur le cours de la maladie, le placement lui semblait inutile (et avec lui l'internement)." (*)1

"

La Cour de Dresde avait pesé nettement la différence entre le médical et le juridique, entre l'aliénation et l'irresponsabilité.

Actuellement, il n'en est plus de même, le médical, le juridique et l'ordre sont intimement liés depuis la Loi de 1838 qui introduisit le statut de l'internement, un régime de protection pour les malades (heureusement révisé par la Loi de 1968, souple et utilisable). Les "soins" à l'aliéné prenaient à partir de cette époque le relais de la sanction juridique ou de l'intervention des forces de l'ordre. Il ne faut pas oublier que cette Loi venait à point dans la répression entamée contre les républicains de l'époque. On sent par ailleurs dans les débats à la Chambre des Députés (*)2 l'importance accordée à la famille en tant qu'institution à protéger.

./.

(*)1 - D.P. Schreber. Memoirs of my nervous illness, by Eda Macalpine. Dawson & Sons Ltd. London. 1955 tiré d'un texte de Maud Mannoni. Voir Bibliographie, N° 5

(*)2 - Voir Bibliographie N° 7

Mais la collusion entre le pénal et le médical est devenue de plus en plus nette depuis la Loi du 15 Avril 1954 (*) sur le traitement des alcooliques dangereux pour autrui. Cette Loi répressive et pénale figure dans le Code de la Santé Publique, et non le Code Pénal. Les choses ainsi sont bien claires !

Il est dit dans cette Loi : tout alcoolique dangereux pour autrui est placé sous la surveillance de l'autorité sanitaire (Art. I) qui doit essayer par la persuasion de l'amener à s'amender. Il doit être procédé à une enquête sociale, familiale et professionnelle, ainsi qu'à un examen médical complet de l'intéressé (Article 3). En cas d'échec de la tentative de persuasion, ou si le maintien en liberté ne paraît pas possible, le Tribunal peut ordonner un placement (Article 4) dans un centre de rééducation spécialisé (Article 5), s'il présente des troubles mentaux, un placement volontaire ou d'office dans un asile (Article 6). Le placement est ordonné pour six mois (Article 7). Le malade qui se soustrait à l'examen médical de départ est passible d'une amende de 200 à 1.000 F. et de huit jours d'emprisonnement (Article 8). Il est passible de la même peine s'il sort sans autorisation de l'établissement dans lequel il était placé.

Dans le deuxième chapitre intitulé "Mesures de Défense", il est dit qu'en cas de poursuite pénale, la juridiction pourra interdire des emplois de services publiques et procéder à la suppression de permis de chasse ou de conduire (Article 11). Et toute infraction à ces interdictions sera punie d'une amende de 12.000 à 50.000 F. L'amende sera double, avec une peine de prison de six mois à un an en cas de récidive.

Comme on peut le constater, le sujet touché par cette Loi est contraint de se soumettre au médical sous la pression du juridique. Ce qui est remarquable, c'est que dans le texte de Loi, mis à part dans le titre, il n'est point fait état de soins, mais d'amendement, de rééducation ou de répression.

Quel est le rôle alors du médecin psychiatre et du dispensaire d'hygiène sociale ? Est-il possible dans ce contexte où tout est faussé dès le départ d'établir une relation thérapeutique avec le malade ? Comment le médecin et l'assistante sociale peuvent-ils bien être vécus par l'intéressé ? Comme des soignants neutres et bienveillants, ou comme des agents de l'ordre déguisés ?

./.

(*) - Voir Biblio. N° 6

Soignants et "soignés ?" sont piégés dans cette situation, aliénés dans le rôle qu'on leur donne. Le psychiatre étant la carotte, il vaut mieux la prendre que de goûter du baton, d'autant qu'il est censé pouvoir accélérer la remise du permis de conduire et de chasse !!...

Avec la Loi du 31 Décembre 1970 (*)1 relative "aux mesures sanitaires de la lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses", la législation fait un pas de plus dans le sens d'une adéquation entre le "mal" sanctionnable et le "mal" traitable.

Cette loi, insérée comme sa consoeur de 1954 dans le cadre de la Santé Publique (Additif aux Livres III et IV), met la psychiatrie publique au service de l'Etat et de la répression.

On y trouve en effet, mélangés pêle-mêle, des articles se rapportant aux dispositions pénales prises à l'encontre des trafiquants, provocateurs et utilisateurs (peines de prison, amendes, interdiction de droits civils, perquisitions, confiscations) et des articles se rapportant aux dispositions juridiques et sanitaires relatives aux désintoxications.

Je ne me lancerai pas dans une étude exhaustive de cette Loi et des décrêts d'application qui l'ont suivie (*)2, je me bornerai à en citer quelques passages :

Article L.355 - 15

" Chaque fois que le procureur de la République, par application de
" l'article L. 628-1, aura enjoint à une personne ayant fait un usage
" illicite de stupéfiants, de suivre une cure de désintoxication ou de
" se placer sous surveillance médicale, il en informera l'autorité
" sanitaire compétente. Celle-ci fait procéder à un examen médical
" et à une enquête sur la vie familiale, professionnelle et sociale
" de l'intéressé."

Article L.355-16

" 3° - L'autorité sanitaire contrôle le déroulement du traitement et
" informe régulièrement le parquet de la situation médicale et
" sociale de la personne."

" 4° - En cas d'interruption du traitement, le directeur de l'établis-
" sement ou le médecin responsable du traitement en informent
" immédiatement l'autorité sanitaire qui prévient le parquet."

(*) 1 - Voir Biblio. n° 8 ./.
(*) 2 - Voir Biblio. n° 9

Article L. 628

" Seront punis d'un emprisonnement de deux mois à un an et " d'une amende de 500 F à 5.000 F ou de l'une de ces deux " peines seulement, ceux qui auront, de manière illicite, fait " usage de l'une des substances ou plantes classées comme " stupéfiants."

Article L. 628 - 1 - Paragraphe 2

" L'action publique ne sera pas exercée à l'égard des personnes " qui se seront conformées au traitement médical qui leur aura " été prescrit et l'auront suivi jusqu'à son terme."

Le médical apparaît donc soumis au judiciaire qui en fait un instrument d'information, de répression et qui plus est, s'en sert de caution (enquête policière, comptes à rendre régulièrement au parquet, surveillance de cure, contrainte...).

Ainsi, le médecin est mis dans une situation de bâton déguisé en carotte face à la personne droguée, qui a pour choix la sanction pénale ou la désintoxication.

Le drogué est-il délinquant ? Est-il malade ? N'est-il ni l'un, ni l'autre ?

Dans cette ambiance de connivence répressive, il ne peut de toute façon poser en toute confiance sa demande, si demande il y a.

En conclusion de ce chapitre, je soulignerai l'importance croissante que prennent pour la justice, dans sa quête de vérité (*) , les disciplines scientifiques et médicales -psychiatrie en tout premier lieu-. Des expertises sont de plus en plus fréquemment demandées par le parquet et les auxiliaires de la justice ; ainsi, face à l'augmentation de la criminalité qui devient un phénomène social très inquiétant et qui remet en cause par son importance le fonctionnement de notre société et la valeur de ses institutions et de ses lois, la justice statue sur des problèmes individuels , masquant de la sorte les contradictions exprimées par le nombre élevé des délits et des crimes.

./.

(*) - Voir Biblio. n° 10

Quant à la mise "hors la loi" des sujets fous, elle peut être interprétée comme l'expression d'une ségrégation à l'égard de ceux-ci qui contestent le sens commun et donc "la loi commune qui trouve sa force et sa sanction dans la raison qui éclaire les hommes destinés à vivre sous son empire, ... et qui consacre le droit de propriété avec toutes ses conséquences" (propos tenus par le Rapporteur de la Loi de 1838) .(*) 1

Celui-ci poursuivait :

"Mais il est une classe d'êtres infortunés qui ne donnent pas à la société et ne possèdent pas pour le propre bien-être ces gages de sécurité. Ce sont les insensés : pour eux, les besoins sociaux manquent d'autorité, la loi pénale de sanctions, l'intérêt individuel de clairvoyance. Placés en dehors de toutes les règles, ils réclament des lois spéciales". (*)2

./.

(*) 1 - Vivien, député de l'Aisne,
Rapporteur de la Commission chargée d'examiner le projet de Loi relatif aux aliénés - 18 mars 1837
- Voir Biblio. n° 7(1)

(*) 2 - Voir Biblio. n° 7(1) . Vivien

- L'APPAREIL POLICIER

(*) "Le droit de l'autorité publique de faire placer dans un établis-
"sement d'aliénés les insensés dont l'état mental compromet
" la sûreté publique ne peut être sérieusement contesté.
" Sans ce droit, la société serait désarmée.
" L'insensé ne peut être atteint par la loi pénale ;
" chez lui, la conscience est muette, la liberté morale est
" absente : la justice refuse avec raison de lui appliquer
" les châtiments prononcés par les lois ; l'intérêt public veut
" qu'à défaut de répression pénale , d'autres mesures mettent
" la société à l'abri des excès d'une tête en délire.

" De tous temps, le Gouvernement a pu disposer de la personne
" des furieux et des insensés. C'est plus qu'un droit pour lui,
" c'est un de ses plus impérieux devoirs."

Depuis la loi de 1838, les relations entre l'appareil policier et l'appareil psychiatrique sont très étroites ; en effet, cette loi donne aux préfets de départements, au préfet de police pour Paris, aux commissaires de police ou maires, pouvoir d'interner d'office des personnes dont l' "état d'aliénation" compromettrait l'ordre public.

Dans la région parisienne, ce pouvoir se concrétise par un grand nombre de placements d'office.

Le circuit policier est le suivant :

- Police-Secours est appelé pour un problème que pose une personne à son entourage. La délégation des forces de l'ordre se rend sur les lieux et dresse un procès-verbal des dires des protagonistes ; si elle juge alors que la personne, cause du déplacement, n'est pas dans un état normal, elle l'emmène à l'infirmerie spéciale du dépôt (Infirmerie de la Police). Celle-ci y est examinée dans des conditions peu rassurantes, en présence de policiers ou d'infirmiers musclés, et techniquement difficiles pour le spécialiste. L'interpellation et "l'arrestation" dont la personne a fait l'objet n'ayant guère arrangé son état, il devient difficile pour le psychiatre chargé de l'examen de se prononcer dans ce contexte sur l'éventuelle dangerosité de celle-ci.

./.

(*) - Voir Biblio. n° 7(2)

Comme dans la plupart des cas, l'intéressé a été amené seul, l'internement se fait sous forme de placement d'office, puisqu'aucune autre personne présente ne peut signer le placement volontaire.

(Pour des raisons administratives, financières ou autres, le car de Police-Secours amène assez rarement le patient directement à une consultation de porte à l'hôpital).

Ainsi, un grand nombre de "malades" prennent pour la première fois contact avec la psychiatrie, c'est-à-dire avec les organismes de soins susceptibles de les aider, par l'intermédiaire des forces de l'ordre.

Ce mode de "prise en charge" n'est pas sans traumatiser la personne intéressée, physiquement car la tension angoissante de la situation trouve parfois une issue dans le passage à l'acte, psychiquement car les faits sont ressentis comme une agression "dépassant la raison" et "l'entendement". Quoi qu'il en soit, ce premier contact avec la psychiatrie policiaire ne peut qu'aggraver l'aliénation et accentuer les difficultés relationnelles avec les soignants.

Je reproduirai ici une affiche de mai 1968 exprimant l'opinion de nombreux collègues.

LA PSYCHIATRIE CONTRE LA POLICE

Il est temps de faire savoir que :

- 50 % des malades mentaux hospitalisés dans la Seine sont placés par autorité de police et conservent un dossier à la Préfecture de Police.
- La police peut intervenir ainsi sur le régime d'hospitalisation, peut même s'opposer à la décision médicale de sortie ; toute absence sans permission policière étant déclarée "évasion".

De ce fait, le psychiatre, quoi qu'il dise, quoi qu'il veuille, quoi qu'il fasse, est vécu par le malade comme sous-flic, ce qui truque à la base la moindre tentative de relation thérapeutique.

Les psychiatres ne doivent plus être les défenseurs de la société actuelle. Ils veulent enfin avoir affaire à la maladie et non à ce qui est jugé perturbant de l'ordre social.

Signé : Les psychiatres désaliénistes
de la Seine./.

Prenons un exemple concret :

Monsieur T., algérien de 64 ans, homme doux et tranquille, travaillait en France depuis 40 ans dans le bâtiment lorsque, au seuil de sa retraite, il nous arriva à l'Hôpital de Perray - Vaucluse en placement d'office.

La veille au soir, il avait organisé une petite fête avec quelques amis pour célébrer sa retraite prochaine. Pour la première fois de sa vie, il avait quelque chose d'important à arroser, aussi bût-il en cette occasion les premières gouttes d'alcool de sa vie. L'atmosphère devenant plus chaude, les conversations devinrent plus gaies et plus bruyantes et le voisinage en vint à se plaindre à la police qui se rendit sur les lieux.

Mr. T., à qui personne n'aurait pu reprocher la moindre chose en 40 ans de labeur, et qui de l'avis de tous, n'aurait pas fait de mal à une mouche, ce brave homme donc, fut fort irrité de l'intrusion des forces de l'ordre au milieu de sa fête et se crut en droit de demander des comptes aux policiers venus l'interpeller et le rappeler à l'ordre. Le ton monta et Mr. T. fut emmené de force par la police. Roué de coups, il fut expédié à l'infirmerie spéciale du dépôt qui nous l'adressa tout ficelé.

Lorsque nous le vîmes, nous dûmes constater sur Mr. T. un nombre important d'ecchymoses à la face et aux membres, et comme il se plaignait de douleurs costales, une radio fut faite qui révéla la fracture de 4 côtes. Le malheur voulut pour Mr. T. qu'au cours du "passage à tabac", un policier en le frappant , se retourne le pouce, mette son infortune sur le compte d'un accident de travail et inculpe Mr. T. de coups et blessures à Agent.

D'un côté, Mr. T. mis en Placement d'Office était donc considéré comme irresponsable de ses actes et d'un autre côté, considéré comme responsable de l'accident de travail du policier il devait passer devant les tribunaux à sa sortie de l'asile. La contradiction était flagrante ; il devait, pour satisfaire l'autorité publique, être dans le même temps responsable et irresponsable. Je vous laisse le soin d'imaginer les difficultés que nous avons eues avec Mr. T. pour faire comprendre à l'Administration Policiaire qu'il paraissait difficile de concilier les deux : s'il était en P.O., il ne pouvait être poursuivi ; par contre , s'il était responsable, on ne voyait pas pourquoi il avait été envoyé en P.O. .

./.

Comme tous mes collègues, j'ai été à de nombreuses reprises le témoin de placements d'office similaires à celui dont fut l'objet Mr. T., et que je pourrai qualifier d'arbitraires. Je veux dire que, sur le strict plan médical et thérapeutique, l'état de ces personnes ne justifiait ni ne nécessitait une hospitalisation à l'asile :

- rixe entre voisins - ivresse isolée - expulsion de locataire - vagabondage - incurie chez des vieillards solitaires -.

Il n'était pas possible de considérer que ces personnes étaient dangereuses pour elles-mêmes et pour autrui et qu'elles nécessitaient soins et surveillance dans un établissement régis par la loi de 1838 , comme cela est inscrit sur les certificats.

Bien plutôt, elles posaient problème au groupe social, compromettaient l'ordre public, étaient indésirables, génantes ... !

En cela, on peut dire que l'appareil psychiatrique est un appareil répressif d'état, fonctionnant comme lieu de réjection servant l'ordre social.

A propos des placements d'office et de leur transformation en placements volontaires, il me paraît important de noter une exigence fréquente particulièrement aberrante de l'Administration policiaire, qui n'accorde la transformation que si l'intéressé est en mesure de fournir l'adresse de son futur logement, ainsi que celle de son futur employeur.

Or, la plupart des malades, du fait de leur condition sociale, perdent à la suite de leur internement logement et emploi, si toutefois ils en avaient.

Le malade se trouve alors soumis à une exigence à laquelle il ne peut répondre, puisque son placement d'office l'empêche d'avoir des permissions. La seule issue est alors comme dans bien des cas l'illégalité ; soit donner de fausses adresses, soit donner de fausses permissions ; tout cela pour obtenir un jour une vraie sortie, bien légale.

./.

Je voudrais maintenant parler des fichiers spéciaux des aliénés.

Il n'y a pas très longtemps, seuls existaient les fichiers pour aliénés dangereux, sur lesquels figuraient les personnes ayant été hospitalisées en placement d'office. Ces fichiers étaient tenus par les services centraux de la Préfecture de Police. Maintenant, toute personne qui fait un séjour à l'hôpital psychiatrique en placement libre, volontaire ou auto-placement, est fichée dans des casiers spéciaux du Commissariat de police de son quartier.

L'écriture vient là, marquer l'individu déviant d'une trace administrative indélibile : "son nom est inscrit sur la liste folle des Fous".

Indépendamment des problèmes moraux et politiques qu'il soulève, ce fait me paraît particulièrement suraliénant.

En effet, cela signifie pour l'intéressé que l'autorité publique sait ..., et qu'elle l'a classé à jamais dans la catégorie des fous ; cette fiche ségrégative représente pour le malade l'équivalent d'un casier judiciaire, il la ressent comme une marque honteuse susceptible d'être utilisée contre lui, de le faire repérer, il craint qu'à cause d'elle, il ne soit plus entendu que comme personne folle, il craint d'être surveillé, contrôlé, suivi (*)1 .

Je citerai, pour terminer ce chapitre, un extrait du commentaire critique de Mr. J. MASSIP, Magistrat au Ministère de la Justice, sur la Loi de 1838 (*) 2.

"Notre législation sur l'internement est fréquemment criti-
"quée, du moins dans les milieux juridiques, sur le plan
"de la liberté individuelle.

"On souligne notamment le caractère exhorbitant des pou-
"voirs des préfets, l'absence de garanties préalables à
"l'internement, le caractère souvent formel et de pure
"routine administrative de la surveillance des internements.
"On pourrait ajouter que les progrès de la médecine, dans
"la mesure où ils permettent d'agir sur la volonté des ma-
"lades et d'éliminer, en fait, chez eux, tout esprit de pro-
"testation, rendent illusoires la plupart des contrôles et

./.

(*) 1 - Il est remarquable de constater que ce verbe "suivre" est couramment employé, tant par les soignants que par les patients pour dire : soigner ou traiter.

(*) 2 - Voir Biblio. N° 13

"des formalités protectrices de la Loi de 1838. Les seules
"garanties de la liberté reposent sur les possibles réactions
"des parents ou amis du malade interné abusivement (et qui
"pourraient saisir l'autorité judiciaire) et surtout sur la
"conscience professionnelle du corps médical."

./.

- ASSISTANCE, CHARITE, BIENFAISANCE

(*) "Les aliénés sont considérés, non plus comme des êtres "perdus pour le monde, devenus étrangers à l'humanité, "mais comme des malades d'autant plus dignes de soins que "leur état inspire la pitié."

Le malade mental est très souvent considéré comme un être faible, présentant une sorte d'infirmité le rendant incapable de gérer sa vie "normalement", de répondre "valablement" à ses besoins et aux difficultés socio-économiques qui s'imposent à lui, donc comme un irresponsable.

Traité comme un enfant, inspirant la pitié, il reçoit protection, charité, assistance sous forme de dons, secours, subsides, pensions ...

Ces actes de bienfaisance relevant d'une démarche charitable -aimer son prochain, aider et soutenir dans leurs difficultés les plus défavorisés- sous-tendent souvent des relations suraliénantes et anti-thérapeutiques.

En effet, ces relations, bien loin d'aider le sujet à se sortir de la position difficile dans laquelle il se trouve, l'installent confortablement dans celle-ci par les avantages et les bénéfices secondaires qu'elles lui procurent, le figent dans ses difficultés et le placent dans une situation de dépendance vis-à-vis de celui qui assiste à son "mal de vivre" et l'assiste dans celui-ci. En s'attaquant essentiellement aux effets sociaux sans responsabiliser le sujet au niveau des causes de ses difficultés, elles réduisent les potentialités évolutives d'un changement qualitatif de son mode de relation avec le monde extérieur, et l'immobilisent dans une attitude passive d'assisté conservant une image dévalorisée et peu dynamisante de lui-même.

./.

(*) - Voir Biblio. n° 7(3)

Ce schéma d'intervention à l'échelon individuel est très comparable à celui institué au niveau collectif par les organismes d'assistance : sécurité sociale, aide sociale ...

En effet, ces organismes tentent essentiellement, en aidant les gens à survivre, de limiter les conséquences socio-économiques néfastes des contradictions du système capitaliste, sans cependant agir sur ces contradictions-mêmes.

Je voudrais maintenant illustrer et développer ces quelques idées générales à propos de problèmes plus particuliers.

- Les pensions d'invalidité

- Pour la Sécurité Sociale, un salarié en arrêt de travail depuis six mois passe en longue maladie ; si, au bout de trois ans, l'intéressé n'a pu reprendre un travail, la mise en invalidité tombe comme un couperet, sous forme d'une demande de mise en invalidité que le sujet doit remplir s'il veut continuer à percevoir une aide financière de la Sécurité Sociale -la pension d'invalidité venant prendre le relais des prestations touchées pendant les trois ans, mais à un tarif très inférieur. Après visite médicale, le malade peut être classé dans une des trois catégories existantes :

  La première permet à l'intéressé d'effectuer un petit travail ; la deuxième désigne la personne inapte à tout emploi ; la troisième donne droit à une tierce personne.

  Il s'avère dans la pratique que cette pension d'invalidité est acceptée, mais généralement très mal accueillie par les patients. En effet, celle-ci, par le nom-même qu'elle porte, est ressentie comme un constat de fermeture - fermeture des possibilités d'un retour à une vie sociale normale, à une reprise de ses activités antérieures professionnelles ou autres. Le terme d'invalidité inscrit sur le titre de pension représente pour beaucoup de patients une déchéance, le passage de l'état de malade à celui d'invalide, la fin de l'espoir de sortir un jour du tunnel dans lequel il se trouve. Il est donc souvent vécu comme une véritable "castration".

./.

Cette pension suralième le malade en officialisant son aliénation, et en faisant d'elle une source de revenu (bien faible, il faut l'avouer). Le malade se trouve ainsi piégé entre les avantages matériels que lui procure la pension et le désir qu'il a de remettre en cause la condamnation qu'elle représente pour lui. Cette mise en invalidité est particulièrement invalidante pour le malade, par l'image décourageante qu'elle lui renvoie de lui-même. Et l'on peut dire qu'il est souvent bien difficile d'aider celui-ci à remonter la pente savonneuse que cette invalidité lui a fait emprunter.

- Les pensions militaires

A mon sens, les pensions militaires représentent par leur forme un scandale qu'il convient de dénoncer. En effet, sur le titre de pension, comme sur le carnet de soins gratuits que la personne possède, il est écrit en toutes lettres, le diagnostic détaillé de l'affection et des troubles, causes de cette pension.

On peut lire par exemple sur le carnet de santé de Mr.Z:

- Schizophrénie de type Hebephreno-catatonique
- Apragmatisme et inertie
- Réactions à surveiller
- Nécessitant de fréquents internements
- 100 % définitif.

Pour profiter de ses droits, le pensionné militaire doit présenter ce papier-diagnostic tel une carte d'identité. L'image de fou qu'elle renvoie à l'autre pèse sur lui comme un boulet dont il ne peut se défaire et aggrave ses difficultés relationnelles. Il n'est pas étonnant alors qu'au cours d'épisodes aigus, ces personnes déchirent en premier lieu ces papiers-là d'identité, tentant de se libérer par cet acte de l'image qui s'impose à eux et aux autres.

- L'Aide Sociale

Les bureaux d'aide sociale des mairies disposent d'un certain nombre de moyens pour secourir les personnes particulièrement déshéritées, malades ou non (carnet de santé, allocation-logement, secours ...).

./.

En outre, la loi "Cordonnier" permet d'attribuer une allocation aux grands infirmes sensorimoteurs (aveugles, paralytiques ...) incurables. Cette loi a récemment élargi son champ d'action aux malades mentaux.

En fait, la commission médicale étant très vigilante, il est très difficile d'obtenir cette allocation pour grands infirmes. Par contre, il est relativement aisé pour les parents ayant des enfants qui présentent des troubles psychiques d'obtenir des cartes d'invalidité pour ceux-ci et de bénéficier des avantages afférants (dégrèvement d'impôts, dispense de paiement pour la vignette auto, allocation d'entretien ou d'éducation spécialisée).

En outre, de nombreux textes parus récemment permettent aux familles ayant des enfants à problèmes d'obtenir des aides financières.

Je ne conteste pas l'importance réelle que cela peut avoir pour des gens nécessiteux d'obtenir une aide matérielle de la société afin de s'occuper dans de bonnes conditions de leur parent ou enfant présentant des troubles et de leur assurer les soins nécessaires ; je pense simplement que les conditions dans lesquelles cette aide est apportée barrent bien souvent la route d'une amélioration de l'état de ces personnes. Prenons l'exemple d'un enfant fou traité dans un E.M.P., C.M.P.P, ou autre ; l'obtention par la famille d'une carte d'invalidité pour cet enfant a de fortes chances de bloquer la possibilité d'imaginer un jour leur enfant autre. Cette carte d'invalidité marque de son sceau l'avenir de l'enfant, elle symbolise dans le réel la mort de l'enfant en tant que sujet pouvant advenir.

- Les organismes de bienfaisance privés

J'aborderai maintenant l'étude des organismes de bienfaisance privés, "les bonnes oeuvres" comme on dit, dont la plupart s'occupent avec beaucoup de dévouement et d'abnégation des minorités ethniques, religieuses, politiques ou des victimes de grandes catastrophes (guerres ...). Prenons l'exemple d'un juif polonais

./.

ayant perdu ses parents en camp de concentration et qui, pour son malheur, tombe malade (cas que j'ai souvent vu dans le VI° Arrondissement). S'il appelle à l'aide, ce pauvre homme ne saura plus alors à quel saint se vouer -si j'ose m'exprimer ainsi-. En effet, un grand nombre d'organismes seront là pour lui porter secours, régler ses problèmes matériels, lui apporter une aide financière, le plaindre, lui offrir la possibilité de s'épancher sur ses malheurs et justifier ses difficultés par le poids de son passé. En bref, rapidement il risque de se retrouver coincé dans une situation de dépendance, dans une place de victime, car du fait de l'existence de ces organismes et de l'action généreuse qu'ils mènent, ses difficultés actuelles ne trouveront pas leur source et donc leurs solutions en lui-même, mais iront de soi, c'est-à-dire des catastrophes historiques que sa vie a traversées. De sujet d'une histoire, il est devenu la victime d'un funeste destin, dont il demande réparation à la société, seule responsable de ce qui lui arrive (que peut-il pour lui-même, puisque ses difficultés viennent de faits passés extérieurs à lui ?) Il suffit bien souvent pour rétablir une relation thérapeutique de parler avec lui des épisodes de sa vie antérieure à ces évènements pénibles. Une demande réelle peut alors emmerger ; mais la relation est en fait très fragile car les défenses du sujet ont été fortement renforcées par l'investissement des traumatismes réels .

La structure, la fonction et l'objet de ces organismes font d'eux des instruments d'appropriation consacrant des victimes.

Ces modes de relations suraliénantes de type appropriatif et invalidant se rencontrent fréquemment au niveau des relations individuelles d'assistance dans sa forme de déviation fréquente que je nommerai "substituance".

"-Il est pauvre, malade, sans ressource et vient se
" réfugier sous mon aile tutellaire. Mon travail est
" de l'aider à affronter ses responsabilités. Il ne
" sait pas le faire, il en est incapable, je vais donc
" lui régler ses problèmes, remplir ses papiers, télé-
" phoner à son employeur, parler à son propriétaire ...
" En bref, je vais me substituer à lui, car sans moi il
" serait perdu, il ne saurait pas s'y prendre et s'enfon-
" cerait un peu plus. Je n'y puis rien, je ne peux le
" laisser ainsi seul et désemparé, je suis responsable
" de ce qui peut lui arriver. Je suis payé pour gérer le
" dépôt des exclus ..."

./.

Voilà ! D'adulte responsable en difficultés, le sujet se retrouve petit enfant qui vient d'être adopté par une mère nourricière.

Pour terminer ce petit exposé sur les dangers de la charité et de l'assistance, j'évoquerai simplement les problèmes que peuvent poser le don et la gratuité dans une relation thérapeutique.

- Don et gratuité sont des termes très liés dans la mesure où tous deux excluent la possibilité d'un échange véritable par les effets transferentiels guère interprétables qu'ils induisent.

-"Je te donne (gratuitement) des soins, mon temps, mon "savoir, de l'argent... Je te mets ainsi dans la position "inférieure de celui qui reçoit, subit, accepte, mais ne "peut s'acquitter. Tu m'es donc redevable, tu as une "dette envers moi, dette affective puisque du fait de la "gratuité, il ne peut y avoir de rapports d'argent et que "par ailleurs, cette dette n'est pas quantifiable dans le "réel. Par cette dette, je te lie, d'ailleurs la seule chose "que tu puisses me donner est ton attachement, ta reconnaissance, ta fidélité, tu te dois de me faire plaisir, "d'être sage, de m'écouter, de mériter ce que je fais pour "toi. Tu te vois donc dans l'obligation d'assumer la position "d'objet de mon désir, de justifier mon utilité et ma fonction, "tu es en ma possession, en mon pouvoir.

"Il est vrai que la société me paye pour ce que je fais, "objectivement tu ne me devrais donc rien, puisque c'est "la société qui te fait ce cadeau par ma présence. Mais "dis-toi bien que justement, si je suis payé pour m'occuper "de toi, je dois rendre des comptes et remplir mon devoir, "que tu le veuilles ou non."

On voit dans ce petit monologue imaginaire que, d'un côté don et gratuité imposent dette, dépendance et contrainte et que, de l'autre, ils introduisent obligation et devoir, non pas vis-à-vis du patient, mais vis-à-vis du tiers payant (société) qui fait de cette relation duelle une relation triangulaire.

Contrairement à ce quil pourrait sembler au lecteur, je n'ai pas cherché à remettre en cause la notion de service

./.

public en tant que telle, notion à laquelle je suis personnellement très attaché, mais pour cette raison même, j'ai pensé important de souligner à quels effets suraliénants pouvaient conduire dons et gratuité.

Ce n'est d'ailleurs pas un hasard si la gratuité n'est une réalité qu'au niveau de ce qui est appelé la lutte contre les grands fléaux sociaux. C'est elle en effet qui donne à l'autorité sanitaire le pouvoir de contraindre l'individu entrant dans ce cadre.

En résumé, il ressort de ce propos un certain nombre de relations suraliénantes -appropriation, contrainte, substituance, invalidation- relations qui mettent le malade dans une position ou situation étrangère à la sienne propre, position ou situation infantile, dépendante et débilitante.

Je citerai pour terminer quelques extraits d'un article de la Revue des Deux Mondes du 1er avril 1954, dans lequel se trouvent exprimées les idées-forces qui ont sous-tendu l'action des précurseurs du Corps des Assistantes Sociales.

- Mr. Watterville, Inspecteur Général de l'Assistance Publique

"Depuis 60 ans que l'Assistance Publique exerce son ini-
"tiative, on n'a jamais vu un seul indigent retiré de sa
"misère et pouvant subvenir à ses besoins par les efforts
"et à l'aide de ce moyen de charité."

"Désormais, on veut parler justice et non plus charité,
"droit et non plus aumone".

- Mary Richmond dira : "L'aumone ne sert qu'à augmenter
"les souffrances humaines en y ajoutant les maux que pose
"une pitié "débilitante", et encore "Les secours n'ont en
"eux aucune qualité morale".

- Carnegie : "Il ne faut pas porter les gens, il faut les
"aider à se porter eux-mêmes."

"La méthode s'inspire de trois grands principes :

"1. Principe de respect : ne jamais oublier que l'individu
" doit rester maître d'orienter sa vie comme il l'entend ;
"2. Principe de participation : l'individu participe aux
" décisions de l'Assistante Sociale ;
"3. Principe d'acceptation : accepter l'individu pour ce
" qu'il est, comme il est ; savoir écouter. Pas de senti-
" ment de supériorité, pas de dédain, de surprise, de
" colère. Ne jamais faire la morale."

./.

- Diplôme d'Etat - 1932

"On part donc de cette idée qu' :

"Il faut éveiller, ou réveiller le goût de vivre chez ceux "que nous voulons aider, qu'il faut leur donner le sens "de la responsabilité."

./.

- L'APPAREIL PSYCHIATRIQUE

(*) "Ce n'est pas le psychiatre ou la société qui créent la folie, "mais ils sont responsables de la façon dont elle va se figer "à l'asile."

Au cours des chapitres précédents, j'ai montré en quoi l'appareil psychiatrique, par sa nature ségrégative, sa fonction répressive en tant qu'auxilliaire de la justice et de la police, son utilisation comme lieu de rejection, représentait dans son ensemble un instrument d'aliénation pour le malade mental.

Je situerai ici ma réflexion sur la suraliénation du malade relative à l'organisation et au mode de fonctionnement de l'appareil psychiatrique, en tant qu'institution d'état particulière, indépendamment du rôle qu'il tient dans le cadre de l'idéologie régnante (question qui fera par ailleurs l'objet d'un chapitre à part).

Je limiterai cet exposé aux faits et contradictions actuels, renvoyant le lecteur intéressé par l'historique de la question aux très bons ouvrages de M. Foucault.

Actuellement en France, 130.000 lits d'hospitalisation publique sont occupés par des malades mentaux, ce qui représente approximativement le tiers de l'effectif total. La majeure partie de ces lits se trouvent dans les hopitaux psychiatriques, ce qui donne une idée de l'importance de la psychiatrie publique. Les crédits alloués sont loin d'être en conséquence, je dirai même que proportionnellement, ils ne font que diminuer d'année en année et de plan en plan, malgré les besoins malheureusement croissants de la population. Cette situation pénurique se traduit concrètement par une inégalité dans la répartition géographique des possibilités de soins, ceci étant lié à une politique d'économie et de "rentabilisation" à court terme poursuivie par les pouvoirs publics dans le domaine de la santé et de la psychiatrie tout particulièrement.

Cette politique s'appuie sur une catégorisation hiérarchique des services de psychiatrie, ainsi que sur une organisation ségrégative de leur spécificité.

./.

(*) - Voir Biblio.N° 5

Il existe en effet trois sortes de services :

- ceux classés dans la première catégorie sont intégrés aux C.H.U., ne sont pas régis par la Loi de 1838 et pratiquent une politique d'écrémage au niveau des malades (aigus ou non, intéressants ou non) ;
- ceux de deuxième catégorie, premier groupe ;
- ceux de deuxième catégorie, deuxième groupe.

Les possibilités financières, donc d'équipement et de fonctionnement sont évidemment différentes selon les catégories.

Il faut noter qu'au sein d'un de ces ensembles de services à statut identique, il existe des disparités budgétaires importantes, selon les régions ou selon même les services d'une même région ; il découle de ces faits des différences importantes pour les différentes catégories de personnel en ce qui concerne leur nombre, leur rémunération, leur statut, voire leur formation et promotion.

Ce type de division va encore se renforcer avec la Loi de réforme hospitalière du 31 décembre 1970 qui prévoit la mise en place d'une certaine forme de ségrégation au niveau de la spécificité des services, en instituant deux grandes catégories d'établissements recoupant la catégorisation existante : hopitaux pour maladies aigues et établissements de cure prolongée et de réadaptation.

Enfin, il est prévu dans la circulaire du 27 août 1963 (*) la création d'institutions spécialisées pour les arriérés profonds et les déments séniles. Celles-ci viendront allonger la liste déjà trop longue des lieux sur-ségrégatifs existants -alcooliques, épileptiques, drogués... L'argument essentiel qui revient sans cesse dans ce texte est "d'éviter toute promiscuité entre ces sujets et les malades atteints de troubles mentaux évolutifs"- "Promiscuité néfaste pour tous."

On peut donc constater qu'il existe plusieurs poids et plusieurs mesures. Selon votre lieu d'habitation, l'intérêt que votre cas peut présenter pour la "science médicale", le type de vos troubles, votre âge... les possibilités et la qualité des soins apportés seront très différentes.

./.

(*) - Circulaire relative aux mesures particulières à prendre, dans le cadre de la lutte contre les maladies mentales, en ce qui concerne les arriérés profonds et les déments séniles.

Les revendications de toutes les catégories des travailleurs de la santé mentale s'appuient justement sur la nécessité d'offrir des possibilités de soins égales pour tous, ce qui reviendrait de fait à obtenir une égalité des salaires, des statuts, des conditions de travail, des normes... pour ces catégories dans tous les secteurs géo-démographiques.

Morcellement, gestion et investissement

Il paraît évident que ce mode d'organisation sanitaire va à l'encontre d'une véritable politique de secteur au service de la population, telle que les textes officiels le laissaient espérer et telle qu'elle se pratique dans certains pays comme l'Angleterre ou les pays nordiques.

Ce qui frappe devant les cartes sanitaires, c'est la division et le cloisonnement des institutions chargées de desservir une population donnée.

Un exemple particulièrement typique en est fourni par la séparation actuellement officialisée entre les secteurs d'adultes et les secteurs d'enfants (appelés intersecteurs) chapeautant trois secteurs adultes -les plans de découpage pour la sectorisation se faisant toujours par rapport aux services hospitaliers existants.

A l'échelon d'un secteur, ces phénomènes sont particulièrement sensibles et représentent un handicap très grave pour la mise en place d'une véritable prise en charge thérapeutique.

En effet, les diverses institutions de soins d'un secteur fonctionnent comme des isolats repliés sur eux-mêmes ayant une autonomie administrative et une gestion propre - les institutions n'ayant par ailleurs aucun lien organique entre elles, cela se traduit concrètement pour un psychologue ou un mèdecin par un statut et une rémunération différents pour chaque lieu de soins - vacataires à un endroit, salariés dans un autre- pour une assistante sociale ou un infirmier attachés à une structure, par l'impossibilité statutaire de se déplacer ou d'intervenir dans le cadre d'une autre unité.

./.

Le cloisonnement des institutions psychiatriques représente une double potentialité suraliénante pour le malade.

- 1 - par les ruptures de continuité thérapeutique qu'il peut provoquer ;

- 2 -par le morcellement de la prise en charge qu'il constitue en "jouant le jeu de la maladie" et accentuant la pathologie de base du malade, c'est-à-dire son propre morcellement (*) (Woodbury).

A ce grave problème qui réclamerait la gestion unique d'un secteur administrativement autonome, les pouvoirs publics proposent un bien faible remède sous la forme d'un système de conventionnement entre les différentes unités de soins.

Actuellement, le financement et donc la rémunération du personnel des diverses institutions se font par l'attribution d'un prix de journée.

Ce système du prix de journée fait des institutions de soins de véritables entreprises privées (comme les cliniques privées) devant équilibrer leur budget, être rentables .

Si l'on prend l'exemple d'un hopital psychiatrique, son budget est fonction du nombre de malades présents (tant de malades = tant de prix de journée). La sortie, donc l'amélioration des malades, se traduit pour lui par une diminution du nombre de prix de journée, donc par un manque à gagner. Ainsi se trouve-t-on en présence d'un système de gestion aberrant qui rend antinomique des notions logiquement liées - intérêt des malades - intérêt de l'hopital.

Mais ce n'est pas tout, ce système de gestion à prix de journée piège les membres du personnel, dans la mesure où leur nombre, leurs conditions de travail, leurs rémunérations, leurs emplois, se trouvent liés à la bonne marche financière de l'établissement, c'est-à-dire au nombre de malades ce qui introduit un clivage entre leur intérêt moral et professionnel et leur intérêt matériel.

Que vient faire le malade dans ce système ? Où se trouve son intérêt ? Quel est son avenir ? De sujet nécessitant des soins, il devient source de profit, objet de production, de rentabilité !!...

./.

(*) - Voir Biblio. N° 3

Certains médecins-chefs se voient dans l'obligation de ne pas abaisser au-dessous d'un certain palier le nombre de malades présents dans leur service, au risque de compromettre les conditions de travail de ce service, en compromettant l'équilibre financier de l'hopital.

Que vient faire l'idée de secteur dans cette affaire ?

Dans ces conditions, on ne peut s'étonner que les investissements se fassent en "murs thérapeutiques" et non en personnel qualifié, ce qui est pourtant d'une nécessité urgente.

En effet, les investissements en murs hospitaliers ou extra-hospitaliers sont rentables à courte vue (pas seulement pour les promoteurs) puisqu'il faut des murs, des m^2 thérapeutiques, pour pouvoir loger ou recevoir en consultation ou rééducation des "malades", malades qui permettront par leur nombre ou le nombre d'actes qu'ils représentent de rémunérer une équipe soignante.

Cette forme de gestion réalise un véritable cercle vicieux, -murs - malades - soignants -, qui repose sur une conception aliénée et aliénante des soins, et revient au bout du compte à externer l'asile, en essaimant sur les secteurs des structures asilaires.

De nombreuses équipes soignantes, conscientes de l'impasse dans laquelle elles se trouvent avec leurs malades, élaborent des projets de fonctionnement très différent, allant dans le sens de l'intérêt de tous (population, sécurité sociale, DASS. soignants).

Tous ces projets remettent en cause le système de paiement à l'acte ou au prix de journée ; ils réclament un système de budget forfaitaire de secteur, qui permettrait de rémunérer sous forme de salaires une équipe de secteur unique et unifiée. Celle-ci pourrait alors avoir une attitude disponible face aux besoins réels de la population, et donner le temps technique nécessaire dans les divers lieux ou institutions aux moments où l'intérêt du malade le justifie.

./.

Malheureusement, puisque l'hopital psychiatrique est pris par les Pouvoirs Publics comme base de toute organisation sanitaire, j ' aborderai maintenant son étude en montrant quels effets ses structures produisent sur le malade mental.

Je me réferrerai essentiellement à deux textes remarquables : "Asiles" de Goffmann (*) 1 et "Sur la pensée ségrégationniste" de A. Didier (*) 2 .

On peut lire dans "Asiles", page 180 note 1) : "l'expression clinique renforce l'impression que pour un grand "nombre de gens, la maladie mentale est l'état de l'individu "soigné dans un hopital psychiatrique... La maladie mentale "est, semble-t-il , l'état dans lequel se trouvent ceux qui "doivent aller dans un établissement psychiatrique, mais jusqu'à "ce qu'ils y entrent, presque tout ce qu'ils font est considéré "comme normal."

Ainsi, c'est le lieu de rejection qui marque la différence entre les personnes folles et "non folles", qui donne un statut différent, et une image différente de ces premières. L'entrée à l'asile est l'équivalent d'un marquage pour la personne concernée, elle représente le franchissement du "saut de loup" qui sépare symboliquement, mais aussi souvent réellement ceux du dedans de ceux du dehors. Ce marquage est ressenti par beaucoup de malades comme une blessure et comme un handicap grave pour leur avenir relationnel. Ils vivent comme une honte, un déshonneur, le fait "d'y être passé."

Le seuil de l'asile franchi, le malade entame généralement un processus de dépersonnalisation, de désidentification.

Il subit tout d'abord le rituel de dépouillement, où il perd vêtements, objets familiers -montre, clef, argent-, contre l'uniforme asilaire ; l'habit de fou lui fait perdre toute différenciation, toute spécificité, toute individualité.

Noyé alors dans la masse des autres patients qui lui paraissent inquiétants, désinséré de ses repères naturels, dans un cadre qui lui est étranger et qu'il vit comme un lieu maudit (fosse au serpent qui est encore une réalité), il se perd de vue petit à petit, les relations qu'il établit ne lui renvoyant pas son image habituelle.

./.

(*) 1 - Voir Biblio. N° 11

(*) 2 - Voir Biblio. N° 12

Drogué, réduit à l'état d'impuissance, soumis au savoir et au pouvoir des soignants, objet d'angoisse et de méfiance, il perd sa responsabilité, son indépendance, son autonomie, sa liberté d'action et d'expression ; en bref, il perd sa parole. Goffmann conclut son chapitre sur "réclusion et aliénation" par "quel que soit le degré d'attachement du "reclus à sa personnalité antérieure, les institutions totalitaires "sont toujours fatales à cette personnalité."

Le texte d'Alain Didier souligne les effets de la ségrégation pour l'individu en analysant les relations entre le ségrégant et le ségrégé. Dans cette relation, le ségrégé perd son individualité, sa spécificité ; il ne peut être appréhendé que comme un élément du groupe ségrégé, avec tous les préjugés et les phantasmes dont ce groupe fait l'objet. Appartenant au groupe fou du fait de son séjour à l'asile, les relations que le sujet établira seront faussées d'avance, car c'est en tant que fou qu'il sera entendu. L'image qu'on lui renverra de lui-même sera étrangère à la sienne propre, elle sera celle d'un fou. Il est remarquable à ce propos de constater à quel point les malades font de la ségrégation entre eux. Pour eux, comme pour tout le monde, les fous, ce sont les autres, mais il y a par ailleurs toute une échelle de valeurs qui est instituée: complètement fou, un peu fou, ou malade seulement.

En bref, notre malade, n'ayant plus son travail, ses amis, sa famille, ses habitudes, ses objets usuels, son image, la considération et l'estime des autres, perd son identité (très souvent même sa carte d'identité) et se ressent étranger "alienus" à lui-même, c'est-à-dire à cet autre qu'il était avant d'avoir franchi les portes de l'hopital.

Je vais maintenant essayer de donner quelques aperçus plus concrets de la vie à l'hopital psychiatrique au travers des échanges et des relations d'argent qui s'y établissent.

Nous avons vu plus haut l'intérêt économique et financier qui lie l'institution psychiatrique et son personnel aux malades mentaux dans la mesure où le mode de gestion actuellement en vigueur donne à leur présence une valeur comptable essentielle.

Les malades internés sont en quasi totalité issus des couches sociales les plus défavorisées. Ce fait montre un nouvel aspect ségrégatif de l'asile (partition entre richeset pauvres

./.

s'ajoutant à la partition entre raison et folie) et souligne l'importance des facteurs socio-économiques dans les relations soignants - soignés.

D'ailleurs, si l'on se réfère à la Loi de 1838 et à l'interprétation qu'en donne le règlement modèle de 1839, l'asile est statutairement défini comme un lieu où sont assistés les aliénés, le statut juridique de ceux-ci les définissant comme des consommateurs non producteurs, c'est-à-dire des mineurs.

Dès lors, l'institution a pour but essentiel d'assister ces mineurs, d'assurer leur survie au moindre coût ; c'est donc traditionnellement d'une répartition de la pénurie à laquelle elle va procéder, puisqu'elle n'a obligation de répondre qu'à des besoins.

La répartition s'effectue par un système d'acquits, de décharges et de bons s'apparentant, non à une monnaie, mais à un système de rationnement tel qu'en connaissent les économies de guerre ou de pénurie.

Les objets circulants y perdent leur valeur d'échange pour n'avoir qu'une valeur d'usage. Personnel et malades ne peuvent se comporter en échangistes, ils sont les récipiendaires de dons répondant à des besoins. Ils ne peuvent négocier une demande, exprimer un désir. Ils se trouvent dans la situation aliénante de "tout recevoir sans jamais pouvoir rendre".(*)1

Dans ce système économique de consommation forcée peu perméable à l'extérieur, on peut définir deux catégories légales de personnes :

- les soignants juridiquement majeurs,
- les malades juridiquement mineurs(*)2, auxquels la loi, en toute logique, enlève le droit et la capacité de gestion des biens, ainsi que tout droit d'intervention dans la gestion du bien collectif : (suspension des droits civiques).

Cette différence juridique induit des relations particulières entre malades et soignants assez analogues à celles d'un système de parenté.

(*)1 - Voir Biblio N° 23 ./.
(*)2 - A l'exception des services libres

Cette analogie se manifeste, tant au point de vue économique qu'au point de vue sexuel.

En effet, tel un foyer domestique, un service de soins, représente une unité de consommation où les soignants subviennent aux besoins divers des soignés et les assistent dans leur vie quotidienne comme des parents le feraient pour leur progéniture .

Quant aux relations sexuelles, si elles ne sont pas formellement proscrites entre soignants et soignés, elles sont néanmoins l'occasion de scandales aussi intenses que le serait un inceste ; les relations entre soignés sont, elles, interprétées le plus souvent comme des relations entre frères et soeurs.

Ce système analogique de parenté régit parfois des échanges de type affectif par la distribution d'objets de consommation allant au-delà des besoins : cigarettes, médicaments -récompense ou punition, régime alimentaire..., le pécule complémentaire lui-même entre dans ce cadre.

Ce type de relation est infantilisant et donc aliénant pour les malades, car les soignants se sentant responsables de tout ce qui concerne leurs "protégés", exercent sur ceux-ci une surveillance, un contrôle, voire une supervision. Ainsi, pour pouvoir disposer de leur argent, les soignés doivent recueillir l'assentiment des soignants. De cette manière, les soignants tiennent les cordons de la bourse des soignés, les serrant ou non à des fins "thérapeutiques" ou éducatives.

J'en donnerai pour exemple le cas de Mr. E. Celui-ci était hospitalisé depuis de nombreuses années quand une assistante sociale découvrit qu'il était à la tête d'une fortune provenant d'une pension versée par les allemands, ses parents étant morts en déportation. Malgré ses requêtes incessantes, il ne put disposer à sa guise de celle-ci, les soignants refusant de lui voir dilapider sa fortune. Ceux-ci décidèrent de lui octroyer une petite somme hebdomadaire, sauf quand il posait des problèmes au pavillon, afin qu'il apprenne à utiliser son argent de façon raisonnable.

Dans certains services d'enfants, d'adolescents et même de chroniques, l'argent des pensionnaires est géré par le personnel soignant et leurs achats sont faits pour eux.

./.

La monnaie-argent ne circule que très peu et une nouvelle forme de système monétaire s'institue entre les malades, l'instrument de mesure de valeur pouvant être la cigarette.

Dans un service par exemple, un 45 Tours vaut quatre paquets de Troupes, un paquet de Troupes vaut quatre photos.

Le Pécule

Le pécule, caricature dérisoire du salaire, correspond à une petite somme d'argent versée par l'administration au malade et varie en fonction du temps d'activité ou du travail fourni.

Ce pécule encourage une certaine production domestique au pavillon, ainsi que certaines activités effectuées dans les ergothérapies.

Son calcul se fait sur la base du timbre-poste et ne dépasse pas 40,- F. par mois -le tarif de rémunération serait à l'extérieur des murs une exploitation éhontée d'autant que certains ateliers d'ergothérapie soustraitent du travail pour des entreprises privées ; mais ce n'est pas en ces termes qu'il faut raisonner ! Ces personnes étant malades, il ne peut s'agir de production rémunérée mais d'activités thérapeutiques encouragées (d'ailleurs, on parle pécule et non salaire, ergothérapie et non travail).

Ce travail thérapeutique ou ergothérapie (*) est d'apparition relativement récente , la notion de soins étant jadis liée à celle de repos. Celui-ci renvoie au principe idéologique de réhabilitation par le travail, rendu populaire par les expressions "le travail, c'est la santé", "l'oisiveté est la mère de tous les vices".

Je ne suis pas le seul à penser que les ateliers d'ergothérapie pourraient et devraient servir de cadre à des échanges et de prétexte à des contacts par l'intermédiaire des objets manipulés ou fabriqués en commun.

./.

(*) - Du grec "ergon" = travail

Cela est malheureusement rarement le cas ; en effet, les ateliers sont trop souvent organisés comme des ateliers productifs où les activités sont des caricatures du travail à la chaîne, réclamant des gestes stéréotypés et où il n'est pas rare que des notions de rendement et d'efficacité entrent en ligne de compte. Ce qui fait que paradoxalement l'ergothérapie représente souvent la voie royale de "l'institutionalisation" et de la "chronicisation" des malades, comme l'écrit Cooper(*).

Quant au pécule complémentaire dont l'obtention dépend de l'appréciation des soignants, il a valeur d'échange et permet de récompenser les bonnes volontés aux tâches du pavillon et les efforts de comportements, autant dire souvent la docilité et la servilité.

Les différentes activités, ainsi que les différents pécules déterminent plusieurs catégories de malades, ceux qui ne font rien et ceux qui s'occupent "utilement".

Parmi ceux qui s'occupent, on distingue ceux qui vont aux ateliers d'ergothérapie et ceux qui restent au pavillon, c'est-à-dire auprès des soignants. Ces derniers n'ont pas tous le même emploi ; il existe en effet une division du travail au sein du pavillon : certains s'activent aux tâches ménagères -couloirs, salles communes, chambres-, d'autres "priviligiés" détiennent les postes-clés de la vie institutionnelle en s'occupant de la cuisine, des gamelles ou du ménage des bureaux médicaux et administratifs.

Les "priviligiés" forment un véritable clan à part ; en effet, leurs fonctions de responsabilité leur donnent des avantages et leur confèrent un certain pouvoir ; appréciés des soignants qu'ils aident efficacement aux tâches matérielles essentielles, ils représentent une couche intermédiaire entre les soignants et les soignés. Ils ne sont pas soignants, mais ne sont plus "soignés". Ils sont appelés commis et font pour la plupart de belles carrières asilaires.

./.

(*) - Voir Biblio. N° 14

Jusqu'à présent, je me suis essentiellement intéressé aux structures de l'appareil psychiatrique et au fonctionnement de l'asile en tant qu'éléments participant à la suraliénation du malade mental, par les conditions d'existence et les relations soignant-soigné que ceux-ci lui imposent.

J'aborderai maintenant l'étude de deux modes de pensée qui sous-tendent la pratique de nombreux services psychiatriques et que je nommerai le "scientisme" et le "protectionisme". Je ne parlerai pas du mode de pensée qui pérennise la pratique du simple gardiennage, lourde tare d'un passé encore vivant, et qui représente à mes yeux la plus pure expression de la réjection dans la réjection.

Ces deux modes de pensée diffèrent quant à l'idée qu'ils se font de la folie et donc de la fonction des soignants en psychiatrie ; selon l'image qu'ils se font du malade mental, ils déterminent chacun à leur manière des formes de relations caractéristiques et aliénantes.

Un ensemble théorico-pratique est ainsi défini, qui offre au soignant des possibilités de réassurance face à l'angoisse qu'il ressent dans sa rencontre avec la folie et donc avec son propre refoulé.

- Le Scientisme

Certains psychiatres prétendent résoudre les problèmes posés par la folie, par la "science médicale". Aussi se réfèrent-ils au concept de maladie qui fonctionne correctement et utilement en médecine générale et dans d'autres spécialités, et prennent-ils pour objet de leur pratique les maladies mentales. Armés d'un savoir bien codifié et d'une méthode d'approche qui a fait ses preuves, ils font de la psychiatrie scientifique.

La méthode est simple et très rigoureuse, elle répond au schéma médical classique : diagnostic - pronostic-traitement. Les éléments cliniques -symptomes, comportement... - et paracliniques -EEG, test, prises de sang...- permettent de faire le diagnostic : "c'est une ... ".

./.

En fonction de celui-ci, pierre angulaire du savoir médical dont tout découle, un pronostic est avancé et un traitement médicamenteux, électrique, voire psychothérapique, est ordonné.

Cette simple méthode scientifique réduit la personne considérée et ses difficultés à l'expression de la maladie diagnostiquée, et à la perte de son humanité.

En effet, le discours du patient n'est plus que celui du processus pathologique dont il est l'objet ; l'écoute est sélective et seuls sont entendus les éléments vérifiant et consolidant l'assise diagnostique ; la relation ne se fait plus avec la personne, mais avec la maladie.

On parlera ainsi d'une P.H.C. à thème mystique ou d'une débilité hystéro - épileptique, comme en médecine traditionnelle on parle d'une cirrhose décompensée ou d'un ictère par hépatite.

Ces expressions métonymiques pour parler des malades confirment ce qui est pris ici en considération par les soignants et fait l'objet de leur pratique : les maladies mentales dont ils sont les spécialistes.

Afin de traiter cette maladie circonscrite, ou du moins l'expression apparente de celle-ci, des médications spécifiques sont ordonnées ; son évolution, c'est-à-dire la modification de la symptomatologie, est régulièrement surveillée et objectivement repérée afin de juger l'efficacité du traitement.

Aussi, est-il question de réduire l'angoisse, de casser le délire, de le faire critiquer, de normaliser la thymie ... en bref, d'abraser les symptomes, de faire taire la maladie ou "mal-a-dit" ; car c'est lui qui parle, qui indique le traitement, c'est lui que l'on écoute et soigne, enfin c'est lui que l'on veut faire taire. Puisqu'il signe l'anormalité, la disparition de son expression réalise le retour à la norme, c'est-à-dire la guérison.

Quelle est la place du patient, quel est son rôle, son utilité dans cette pratique ? Simple "porteur" de sa maladie, il doit aider le corps médical dans son entreprise en suivant à la lettre ses recommandations, ses prescriptions.

./.

Dans sa relation avec les soignants, son histoire devient l'anamnèse, ses problèmes actuels son état, son avenir l'évolution de ses troubles ; son désir, ses projets, il se garde d'en parler, car il sait se tenir à sa place et connait bien son rôle ; il parle donc de sa maladie, de cet objet intermédiaire entre lui et le savoir médical ; il en donne des nouvelles, indique les effets du traitement, raconte comment son entourage et lui-même s'accomodent de celle-ci. C'est dans ce cadre étroit d'expression qui lui est imposé, qu'il continue par le biais de sa maladie à réitérer son appel, sa demande, et qu'il recherche une écoute.

Souvent, c'est en vain ; car le savoir médical, plaqué sur la maladie, constitue une barrière étanche, hermétique, aseptique même, entre lui et les soignants, qui exclue toute possibilité de rencontre véritable. Cette barrière de savoir, qui met à l'abri le soignant de toute interpellation de l'inconscient (*)1, ne laisse guère de place à l'émergence d'une vérité.

Ce n'est pas sans raison d'ailleurs, que les patients et leur entourage parlent, dans ce cas, des médecins et non du médecin. "Je suis bien les conseils de mes médecins", "qu'en disent les médecins ?". C'est la faculté qui parle de la maladie et qui s'adresse à elle.

Dans sa relation avec la faculté, le patient, véritable traine-maladie, va de consultations en consultations et d'hopitaux en hopitaux, présenter son mal à la science, comme on présente un enfant anormal. Parfois même, cette présentation s'effectue devant un aéropage de jeunes élèves qui apprennent à leur tour l'art et la manière de s'y prendre avec ces objets bizarres que sont ces maladies.

- Le Protectionnisme

"Si je ne prends pas cet enfant avec moi, pensa Alice, il va surement se faire tuer en moins d'un jour ou deux : ne serait-ce pas un crime que de l'abandonner..."(*)2

Le sentiment éprouvé par Alice en la circonstance à l'égard de cet enfant n'est pas sans évoquer celui que ressentent de nombreux soignants dans leur relation avec les malades et qui les amène souvent à prendre une attitude protectrice.

./.

(*)1 - Voir Biblio. N° 5
(*)2 - Voir Biblio. N° 15

Celle-ci relève d'un mode de pensée assez répandu dans le milieu psychiatrique que je nommerai le "protectionnisme".

Ce terme, que j'emprunte au langage économique, désigne ici une sorte d'humanisme psychiatrique, qui régit la pratique de nombreuses équipes soignantes de bonne foi, s'intéressant à leur travail et à leurs patients, et que caractérisent des prises en charge hyper-protectrices et donc suraliénantes.

"On ne peut le laisser ainsi, il faut faire quelque chose".

Cette opinion, souvent exprimée par le soignant lors de sa première rencontre avec un patient, met en évidence l'atmosphère de risque et d'angoisse mêlée de compassion, qui plane au cours de ce premier échange et qui met en jeu la responsabilité du soignant, en lui indiquant la nécessité impérieuse d'intervenir, de faire quelque chose, autrement dit, d'assumer ce qui lui paraît être un devoir.

Comment expliquer ce sentiment d'angoisse et de crainte qui étreint le soignant et le contraint à intervenir ?

Cette angoisse qu'il ressent face au discours du patient trouve son sens dans l'interpellation que fait celui-ci à son inconscient ou dans le piège d'une identification, qui amène le soignant à compatir, autrement dit, à souffrir avec lui.

Ceci explique la promptitude du soignant à agir, car tirant son angoisse de l'angoisse de l'autre, "il ne peut le laisser ainsi", il ne peut en entendre plus, "il faut faire quelque chose".

Quant à ses craintes vis-à-vis des éventuels risques encourus par le malade, elles ne trouvent guère de fondement dans la réalité, mais renvoient bien plutôt à des phantasmes agressifs à l'égard de celui qui lui fait violence en l'interpellant.

En tout cas, ses impressions l'obligent à prendre les choses en mains, à diriger l'entretien, à maîtriser la situation, faute de pouvoir maîtriser ses affects. Il devra donc rapidement "prendre soin" (dans les deux sens) du malade puisque c'est seulement en soignant celui-ci, c'est-à-dire en ne le laissant pas ainsi, qu'il pourra se rassurer.

./.

Il devra, par ailleurs, garder un contrôle permanent sur lui, car s'il lui arrivait quelque chose, cela réveillerait ses phantasmes, et il s'en sentirait responsable et coupable. Il devra donc le prendre avec lui, se protéger en le protégeant. Dans cette relation, le soignant ne se pose pas la question "quel est le sens du discours de cette personne, quelle demande formule-t-elle ?", mais "de quoi a-t-il besoin, que faut-il lui donner ?".

Son offre, ou plutôt son dictat, puisque c'est lui qui prend la responsabilité et la direction des évènements, peut se résumer dans la triade "asile - protection - assistance."

Asile ? Il est parfois nécessaire pour sortir, au moins physiquement, le malade de sa situation, pour entreprendre un traitement rapidement efficace et le contrôler plus facilement, pour surveiller l'évolution du patient et ses réactions et amoindrir ses difficultés matérielles.

Protection ? Il en aura sûrement besoin, tant vis-à-vis de lui-même, que de ceux qui l'entourent et n'ont pas su lui donner ce dont il avait besoin, ou même lui sont hostiles et ont voulu sa réjection. Il doit aussi être protégé, mis à l'abri de tous les facteurs qui ont concouru à sa "décompensation".

Assistance ? Elle est indispensable ; son état, lors du premier entretien, montre bien qu'il ne peut s'en sortir sans être soutenu et aidé.

Autour de ces trois termes, s'élabore le projet thérapeutique qui réalise une véritable mise sous tutelle du malade. En effet, le soignant se sent responsable de celui-ci qui, de par ses troubles, relève de sa fonction et dès lors, ne l'abandonne plus et se dévoue pour lui "corps et âme".

Ainsi, le malade, tel un enfant, trouve au sein de l'équipe soignante, une famille qui se l'approprie ; il peut dès lors compter sur elle, mais en contre-partie, doit compter avec elle. Ses décisions, ses projets, ses désirs sont subordonnés à la parole soignante ; ils ne lui appartiennent plus : il ne s'appartient plus ; il perd la responsabilité de lui-même, son autonomie, sa liberté au profit d'une certaine forme de sécurité et de tranquillité.

./.

Ce qui frappe dans cette pratique protectionniste est l'aspect relativement figé des relations entre soignants et soignés.

Cela peut s'expliquer par l'attitude phobique que manifestent les soignants à l'égard de toute expression d'angoisse, d'agressivité ou d'idée délirante en répondant du "tac au tac" au symptome par une médication appropriée.

Dans ce type de relation, le soignant entend dans le discours de son interlocuteur, non l'énoncé d'une demande (imaginaire), mais l'expression d'un besoin réel auquel il s'empresse de répondre. C'est à mon sens ce leurre de la demande prise au pied de la lettre qui bloque la relation en un malentendu et réalise un véritable dialogue de sourds (parlant sur des registres différents, comment pourraient-ils s'entendre ?)

De fait, alors que le soignant, prenant au mot le patient, tente concretement de satisfaire ce qu'il perçoit comme des besoins, par des dons, des bonnes paroles, des ordonnances, des certificats, des pensions, ..., le soigné gavé de bonté et de sollicitude, réitère indéfiniment sa demande (imaginaire) par l'artifice d'une quête d'objet réel.

Il convient de remarquer que les équipes protectionnistes sont bien souvent parmi les mieux pourvues en institutions de secteurs - leurs efforts pour obtenir ces mètres-carrés thérapeutiques visant bien entendu à répondre aux besoins des malades. Cela représente divers circuits de sécurité où le patient conserve son statut de fou gardé à vue.

Le malade peut ainsi aller à l'hopital psychiatrique, puis à l'hopital de jour, à l'atelier thérapeutique, à l'atelier protégé, et enfin travailler dans le civil, mais avec convocation régulière au dispensaire ou visite à domicile s'il tente d'échapper au contrôle.

Il ne faut pas oublier en effet que les soignants d'une équipe protectionniste se sentent responsables des malades qui, par définition, ne peuvent se passer d'une surveillance médicale régulière sans risque de rechute, et qu'ils les imaginent comme des mineurs irresponsables, incapables de se débrouiller seuls, sans eux, et ce, de façon chronique, la chronicité étant posée comme un postulat,

./.

conditionnant les relations soignants - soignés, bien que produits par elles. Il ne faudrait pourtant pas oublier la réinsertion et le retour à la "vie normale" d'un grand nombre de malades dits chroniques qui furent par force lachés dans la nature à la suite des bombardements de la dernière guerre!

Le contrat implicite qui lie soignants et soignés dans la relation protectionniste est simple : dévouement d'un côté, fidélité de l'autre -qu'arrive-t-il alors si le malade objet investi par les soignants, se met à jouer l'autonome, à disparaître ? l'équipe en fait-elle son deuil ?

Je terminerai mon propos sur le protectionnisme par l'étude du langage employé par les soignants.

Ici comme dans le scientisme, les soignants se réfèrent à un certain savoir, mais ils abordent le phénomène folie en termes de personnalité psychopathologique et non en termes de maladie. Le diagnostic est donc énoncé sur le mode de l'être et non de l'avoir. "Il est schizophrène" et non "il a la schizophrénie".

Cette forme d'expression au niveau de l'être marque bien la dimension ségrégative de ce mode de pensée.(*) Il est schizophrène ou paranoïaque, comme d'aucuns sont dits nègres, juifs ou gauchistes ; autant dire, il n'est pas comme tout le monde, on peut le remarquer à des signes distinctifs, un fossé profond le sépare des soignants ; ils ne sont pas du même monde et toute ressemblance n'est qu'apparente. L'identification à l'autre s'avère donc impossible.

Dès lors, ce qu'il dit ou fait ne peut être que révélateur de ce qu'il est, c'est-à-dire de l'étiquette que l'on a posée sur lui.

Cette désignation sur le registre de l'être est encore plus ségrégative lorsqu'elle renvoie à l'appartenance à un groupe donné avec disparition de toute qualité individuelle : ce n'est même plus "il est schizophrène, noir ou lépreux", mais "c'est un schizophrène, un noir ou un lépreux".

./.

(*) - Voir Biblio. N° 12

J'introduis ici à dessein le terme de lépreux, car ces malades ont tenu très longtemps le haut du pavé en matière de ségrégation. Malades tabous, marqués par les préjugés et les superstitions mystiques, particulièrement à l'époque où les religions tenaient lieu de ciment social, ils ont progressivement cédé le pas, ainsi que leurs lieux d'enfermement, aux aliénés avec l'épanouissement d'un autre mode de pensée : le désir de vérité (Cf. Foucault - Ordre du Discours)(*).

./.

(*) - Voir Biblio. N° 10

Deuxième Chapitre :

LE DESALIENISME

Au cours de ce chapitre, je décrirai l'expérience théorico-pratique d'un service auquel mon intérêt et ma fonction se sont attachés près de trois ans, et qui a profondément marqué le sens de mes réflexions et de ma pratique.

Son fonctionnement institutionnel et son idéologie m'ont semblé assez différents de tout ce que j'avais pu lire ou vivre dans le cadre de la psychiatrie publique. C'est pourquoi j'ai tenu, dans cet "à propos de la suraliénation des malades mentaux", à rendre compte de la position de ce collectif soignant face au malade mental, position aussi bien éthique que thérapeutique, dans la mesure où, au-delà des soins prodigués aux patients, les soignants inscrivaient leur projet dans une perspective désaliéniste au sens étymologique du terme, qui permettaient au fou de sortir de cette place d'étranger radicalement autre que lui assigne l'idéologie dominante.

- Aider le sujet à garder ou à récupérer un statut d'être social à part entière, en refusant l'adéquation classique entre folie et statut de fou.

- Limiter au maximum les effets pathogènes et invalidants que leurs relations peuvent engendrer.

Tel est, brièvement résumé, le projet des soignants.

L'expérience de ce service me paraît particulièrement intéressante à décrire ici, dans la mesure où, d'une part elle représente à mon sens un progrès au niveau de la pratique et de la théorie psychiatrique, et d'autre part les limites mêmes du projet désaliéniste permettent de bien mettre en évidence le caractère aliéné et aliénant de la fonction soignante en psychiatrie.

./.

HISTORIQUE

Il me paraît difficile de présenter la position théorico-pratique de ce service (IV° Arrondis^{t}.) sans rappeler les composantes historiques dont cette position n'est que la résultante.

Jusqu'en 1958, date de l'arrivée d'un nouveau Chef de Service ; le Dr. Bonnafé, le service revêtait l'aspect typique des pavillons asilaires -

- 600 malades entassés dans des locaux insalubres, surnommés "médina", couchant pour la plupart sur des grabats à même le sol.

- Personnel soignant en nombre dérisoire, ne pouvant effectuer qu'un travail de gardiennage (très peu d'infirmiers, un médecin-chef, un interne, une assistante-sociale).

Dans ces conditions, parler de soins était exclu. L'équipe soignante chercha donc, par une réflexion permanente, à définir des lignes d'action afin qu'une véritable prise en charge des malades puisse être assurée.

Cette réflexion fut menée aussi bien sur les structures aliénantes qui pesaient sur l'équipe et les malades, qu'au niveau de la relation soignant - soigné, et donc sur le projet thérapeutique qu'il convenait d'élaborer.

Il résultait qu'outre l'amélioration des conditions de vie et de travail à l'intérieur de l'Hopital réclamant une augmentation substantielle du nombre des soignants, il fallait sortir du ghetto asilaire et établir des antennes de soins, prévention et post cure extra muros. Le but fixé était de réduire au maximum la population asilaire et de consacrer le maximum de temps technique auprès de la population desservie afin de répondre au plus tôt et dans les meilleures conditions aux besoins qui pouvaient se faire sentir.

Une consultation OPHS avait ouvert ses portes dans le quatrième arrondissement sous la direction d'une assistante sociale, comme dans bien d'autres endroits. Lorsque cette consultation fut

./.

réellement attachée au service, les deux assistantes sociales (hospitalière et de dispensaire) décidèrent d'unifier leur action en se partageant la charge du travail intra et extra hospitalier, afin d'assurer une meilleure continuité relationnelle avec les patients.

Cette ouverture vers l'extérieur marqua un temps important dans l'évolution de ce service, dans la mesure où elle inaugurait une forme de prise en charge bipolaire dans laquelle l'asile n'était plus le seul lieu de "soit-disant soin".

A partir de cette époque, la position théorique hospitalocentrifuge de l'équipe s'inscrit dans les faits. A l'Hopital : réduire au maximum le temps d'hospitalisation des entrants et profiter de toutes les occasions (visites, lettres, plis administratifs...) pour lier connaissance avec les "vieux" malades et remettre en cause leur carrière asilaire. Au dispensaire : la politique était d'hospitaliser au minimum, dédramatiser la situation, attendre et voir, mettre à plat et comprendre les problèmes avant d'intervenir. Cette politique de disponibilité et de non interventionnisme, est restée un des traits marquants de l'idéologie soignante.

Progressivement, et surtout à partir de 1964 - 1965, l'équipe s'est trouvée renforcée. Il n'y avait plus un médecin-chef et un interne pour 4 à 600 malades, mais un médecin-chef, des assistants, des psychologues, des internes, des assistantes-sociales en nombre suffisant, et une augmentation sensible du personnel infirmier. Sous la pression du collectif soignant, dans le cadre d'une politique de secteur, le service énorme s'est scindé en deux services et un hopital de jour et un atelier thérapeutique ouvrirent leurs portes pour ce service, et un autre voisin géographiquement. De sorte que la charge hospitalière s'étant réduite du fait d'efforts soutenus, et les effectifs s'étant accrus, des petites équipes sectorisées se sont constituées progressivement autour des assistantes sociales, car, véritables mémoires du service, elles étaient les éléments de référence permanents pour les patients, tant à l'hopital qu'au dispensaire.

Le service du quatrième arrondissement était organisé de la façon suivante quand je suis arrivé, en octobre 1969. Quatre sous-équipes sectorisées se répartissaient le travail intra et extra hospitalier, chacune d'elles comprenait une assistante-sociale, un ou deux infirmiers du matin et d'après-midi, un interne. Un assistant et une psychologue supervisaient, ou plus exactement, servaient de référence à deux sous-équipes et, de fait, d'articulation. Quant au chef de service et aux surveillants généraux, leur rôle était d'harmoniser et de coordonner les activités des différentes sous-équipes.

./.

Ce type de structuration quadripédique n'est que le résultat de longues réflexions menées collectivement sur le mode de travail possible dans les structures existantes et sur le potentiel aliénant qu'elles recouvrent. L'écoute psychanalytique est venue progressivement se greffer et ainsi enrichir l'organisation du travail institutionnel.

Le planning de la semaine sur lequel étaient inscrites toutes les activités collectives ou individuelles, thérapeutiques ou non, était porté à la connaissance de tous par voie d'affichage sur les divers lieux de soins (dispensaire, hopital de jour...).

Le schéma type était le suivant (indépendamment des réunions syndicales ou des heures de consultation) :

- 2 réunions institutionnelles réunissant patients et personnel infirmier ;
- suivies de post-réunions regroupant l'ensemble des membres de l'équipe ;
- une réunion de groupe, tantôt le matin, tantôt l'après-midi, de chaque sous-équipe avec leurs patients ;
- une réunion improprement appelée de synthèse. Elle se faisait sur invitation, par deux sous-équipes, d'un certain nombre de malades ;
- une réunion de loisir se tenait un après-midi.

L'équipe, quant à elle, se réunissait deux fois par semaine, entre 13 h 30 et 14 h 30. C'est au cours de ces réunions que s'élaborait la position du service, tant sur le plan de la thérapeutique institutionnelle, que sur le plan de la politique de santé mentale de façon plus générale. Je reviendrai plus loin sur ces diverses réunions car elles constituent l'assise de l'organisation du travail des soignants et c'est à leur niveau que s'exprime de la façon la plus manifeste l'idéologie du collectif.

Ce bref historique de l'évolution du service en quinze ans visait à mettre en évidence comment, à partir d'une certaine réalité asilaire, une idéologie et pratique hospitalocentrifuge s'est imposée à tous et a pu s'élaborer progressivement, dans le sens d'une plus grande disponibilité vis-à-vis de la population desservie.

./.

Pour illustrer l'évolution théorico-pratique de cette équipe et son mode de fonctionnement, je soumettrai au lecteur le résumé du travail commun réalisé par les assistantes-sociales, infirmière médecins et psychologues du 4ème Arrondissement et qui a pour titre : "Evolution d'une équipe psychiatrique de secteur face à l'alcoolisation : de la répression à la compréhension" (*)

Résumé :

" Quelles étaient au début des années 1960, les méthodes "habituelles, alors, de traitement appliquées dans notre service aux "alcooliques.

" Dès l'arrivée, souvent précédée d'un passage à l'Infir- "merie Spéciale de la Préfecture de Police et à l'Admission de Sainte- "Anne, le malade, dépouillé de ses vêtements, couché, recevait "pendant 21 jours un traitement standard dit de désintoxication en "grande partie injectable, avec cure de dégoût et espéral prescrit "quasi systématiquement.

" Les alcooliques bénéficiaient d'un régime à part :

" Groupes séparés, médecin particulier, régime alimen- "taire de faveur qui les plaçait dans une situation quasi aristocra- "tique à l'égard des autres malades du service et même dans une "situation de "non malades".

" Malgré des méthodes disciplinaires et punitives en cas "d'infractions à la cure, celles-ci étaient fréquentes et violentes "(l'alcool parvenant dans le service par des voies détournées) abou- "tissant à des tensions dramatiques. On observait parmi le personnel "une attitude ambivalente, bienveillante quand le malade sobre rendait "service (dans les tâches vécues comme féminines du ménage et de la "cuisine), agressive car paniquée au moment des soirées plus explo- "sives.

" Cette escalade de la violence et de la peur, le couple "provocation - répression ne pouvaient que détériorer le climat insti- "tutionnel du service interdisant toute approche relationnelle théra- "peutique. Le nombre élevé de malades, en raison des rechutes fré- "quentes, aggravait encore la carence en personnel de toutes catégorie "Il fallait sortir de ce cercle infernal.

" Vers 1965, l'équipe médicale et infirmière se trouve "renforcée. Les problèmes peuvent être posés sous un angle nouveau

./.

(*) Voir Bibliographie N° 16

"mais le doute et le flottement apparaissent. Les résistances se "font jour, le désordre dans les esprits, le doute à chaque instant. "Le personnel démuni de ses moyens répressifs est désemparé, le "malade non puni se trouve finalement moins sécurisé.

" Cependant parallèlement des progrès émergent : "l'accueil s'améliore en se personnalisant, les portes s'ouvrent. "Le traitement n'est plus simple réponse à une demande masochiste "de perfusions et d'injections. Les cures de dégoût s'estompent.

" Les problèmes de l'alcoolique apparaissent alors comme "étant au même niveau que ceux des autres malades, essentiellement "psychologiques et familiaux.

" La ségrégation disparaît dans les faits et dans les "esprits. Le traitement s'oriente dans une direction psychothérapeutique.

" Il consiste d'abord à écouter ce que dit le malade et à "entendre ce qu'il ne dit pas. Les premiers contacts sont décisifs. "Le "buveur" doit trouver des interlocuteurs qui ne prennent pas parti, "ne jugent pas, mais en cherchant à comprendre, représentent un "espoir. Ce n'est que progressivement, par un contact assidu, que la "situation peut évoluer et le dialogue se poursuivre sur une base plus "authentique par des entretiens individuels et des réunions de groupes "essentiellement non directifs.

" L'alcoolique est très préoccupé par l'image que les "autres peuvent se faire de lui et il s'efforce de camper ce personnage "qu'il pense que l'on attend de lui. On constate que son insertion "sociale et familiale ne lui permet de s'exprimer valablement nulle "part. L'institution doit lui rendre le droit à la parole sans qu'il "soit obligé pour cela de rompre par l'alcool les contraintes et les "inhibitions qui le retiennent habituellement.

" Mais l'hospitalisation n'est qu'une étape car le noeud "névrotique, familial et social est ailleurs. Au niveau des familles, "les difficultés sont extrêmes car, reflétant l'opinion publique, elles "considèrent le malade comme un coupable, le rejetant mais ne pou- "vant s'en détacher réellement.

" Elles cherchent à manipuler l'équipe soignante en lui "faisant jouer le rôle répressif. L'épouse se présente comme une "victime, avec l'estime de ses voisins, les enfants servant de "prétexte-paravent pour ne pas se séparer de celui qu'elles haïssent "mais ne peuvent s'empêcher de protéger. La fréquence avec laquelle "elles cherchent à monologuer avec l'équipe médico-sociale hors de "la présence du malade nous a fait exiger cette présence qui, en

./.

"rendant la situation plus claire, aboutit à une dédramatisation "efficace. La prise en charge de la cellule familiale s'avère en "effet nécessaire quand on s'interroge sur les causes profondes de "l'alcoolisation.

" A mesure que notre équipe visait de moins en moins le "phénomène de l'alcoolisation en soi, nous fûmes surpris de ne pas "retrouver tels quels les clichés sur la structure familiale du pré-"alcoolique, c'est-à-dire le père dur et autoritaire et la mère indul-"gente. Nous fûmes, quant au père, au contraire frappés par son flou "ou même son absence. Jamais présenté comme "modèle idéal", mais "constamment décrit comme insatisfaisant par la mère, sans que "souvent, en raison du niveau social, ce père dévalorisé puisse être "suppléé par d'autres images paternelles.

" Ceci impliquait un correctif à l'image classique de la "mère trop indulgente. Notre pratique nous met en présence de mères "extrêmement ambivalentes, à la fois séductrices et agressives, "protectrices et rejetantes.

" Le petit garçon, ne pouvant, comme il est de règle, "se détourner peu à peu du sein maternel vers la virilité du père, "trop peu satisfaisante en ce cas, va être conduit à se retourner "vers un substitut du sein maternel, avec tendance à s'auto-"dévaloriser, tant la supériorité à l'égard du père lui paraît mena-"çante. La mise en cause de la virilité du père met en question "celle du fils dont résulte une angoisse vis-à-vis des parents avec "une position plus ou moins féminine. On ne s'étonnera donc pas "de trouver dans l'alcoolisation une fixation à un symbole double : "la bouteille à la fois "biberon nourricier", mais aussi signe de "masculinité.

" De même, dans la vie, notre personnage gardera une "appréhension des contacts féminins, blotti près de sa mère ou "choisissant une conjointe plus âgée, maternelle et dominatrice. "Bien souvent impuissant, à moins d'ingérer de l'alcool, on com-"prend mieux alors la classique jalousie de l'alcoolique. Quant "aux hommes, comme son père, il les redoute tout en les recher-"chant, s'isolant ou ne côtoyant que ses semblables. L'alcoolisa-"tion, elle, facilite les passages à l'acte, les violences avec leur "cortège d'expiation et de punition. On a là un schéma de recherche "d'un plaisir masochique et répétitif.

" Or, le cycle répression - hospitalisation - fuite - "retour en état d'ivresse - cure de dégoût reproduit cette quête "dans une forme passive et on ne s'étonnera donc pas qu'elle ne "s'interrompe pas, d'où nos échecs antérieurs.

./.

" Bien plus, les relations psychothérapiques indivi-
"duelles ou de groupe nous ont fait ressortir que l'institution
"soignante, nourricière puis rejetante reproduit une image ana-
"logue à celle de la mère, tandis que le personnel soignant confiné
"dans un rôle sanctionnant, dévalorisant et impuissant reproduit
"l'image du père.

" Notre effort s'est donc exercé, non sans difficulté,
"dans le sens d'une neutralité stricte, éliminant contraintes et
"sanctions vécues comme agressions homosexuelles, sans laisser
"passer sous silence aucun passage à l'acte, mais en le discutant
"et en l'analysant en groupe ou individuellement.

" Le refus persistant de participation réelle aux soins
"entraîne le départ de l'institution hospitalière avec offre de prise
"en charge ambulatoire car l'institution hospitalière, en tant que
"substitut maternel, ne peut accepter que l'on abuse d'elle, mais
"doit éviter de rejeter -le personnel conserve une attitude ferme
"non agressive mais dénuée de complicité.

" La sectorisation réelle fait que tout nouveau passage
"à l'acte tend à confronter à nouveau le patient à l'attente neutre
"de l'équipe.

" Les résultats obtenus, tant dans le cadre de l'hospi-
"talisation que dans l'ensemble du secteur (effondrement du nombre
"des violences, baisse des internements d'alcooliques en particulier
"et surtout celui des multi-hospitalisations), nous semblent confir-
"mer en partie notre analyse et nous encourager dans cette voie de
"recherche et d'action.

" Ces réflexions, issues de notre expérience vécue de
"l'éthylisme psychiatrique, sans prétendre vouloir recouvrir tous
"les aspects de l'alcoolisme, nous paraissent éclairantes d'une
"attitude générale à l'égard du problème posé à ce Congrès."

" Equipe du 4ème arrondissement
" Dr. BONNAFE

"

Ce texte donne déjà un certain aperçu du mode de fonctionnement de ce service et du mode de relations proposé par les soignants.

Je vais maintenant essayer de définir ce que j'ai personnellement perçu du projet thérapeutique auquel j'ai adhéré et participé et décrire comment dans la pratique il s'exprimait.

./.

Sur le plan hospitalier :

Les efforts des soignants se concentraient essentiellement sur la sortie des malades, pas sur la guérison mais sur la sortie.

En effet, le raisonnement était le suivant : l'asile n'est pas un endroit pour vivre et, par sa nature même, il ne peut être considéré comme un lieu de soin ; c'est un lieu de réjection qui peut éventuellement avoir quelque utilité de façon très temporaire, mais de par ses effets suraliénants, son caractère pathogène et ségrégatif, il ne doit servir que de lieu de passage et de préparation à une véritable aide thérapeutique.

Ce qui choque le visiteur, et ce qui à mon sens devrait amener le soignant à s'interroger, c'est la rapidité d'installation, d'adaptation, et pour beaucoup d'incrustation, des malades, et ce quelles que soient les conditions matérielles existantes.

Que se passe-t-il pour qu'il en soit ainsi ?

Passé les portes de l'asile, l'individu est en position de fou, sa parole, ses actes n'ont plus leur valeur habituelle, mais signifient, désignent sa condition de fou : irresponsable de ses actes, de ses paroles, il ne peut répondre de lui-même, il n'a plus de pouvoir, d'autres sont là pour répondre de lui, à sa place, ils en sont responsables, et par conséquent, ont tout pouvoir sur sa personne. Il entre dans une relation de dépendance absolue vis-à-vis de l'institution, comme le nourrisson avec sa mère : nourriture, plaisir, traitement, permissions, visites, horaires, entretiens... tout dépend de l'institution et donc du rapport qu'il établit avec elle. Rapidement, il perd son identité (bien souvent, ses papiers !), sa considération, sa dimension d'homme, de son image sociale ou familiale. Il perd tout, ou le peu qui lui restait de lui-même quand il est entré, au profit de l'habit asilaire fait de vêtements tristes, de symptomes, autre mode de langage (mots de passe institutionnels) ; il endosse le statut de fou. En fait, l'adaptation fait force de loi, car c'est d'elle que dépend pour le sujet sa vie à l'hopital, son confort, sa tranquilité, son intégrité.

Ce sujet, étant devenu tout autre, complètement aliéné (étranger à lui-même), dans la situation extraordinaire où il se trouve, finit par trouver quelques misérables bénéfices secondaires.

./.

et surtout loin de la vie extérieure et de la société qui l'a rejeté, ou qu'il a fuie, il finit par préférer rester où il est, et comme il est. La peur de l'extérieur vient remplacer assez rapidement l'espoir de s'en sortir, il se satisfait malheureusement de l'équilibre précaire extrêmement régressif que lui procure ce lieu d'enfermement. Description banale, mais néanmoins scandaleuse de l'évolution classique que tous les collègues connaissent bien et qui ne demande pour se faire que l'espace d'un ou deux mois.

Il est évident que les degrés de dépersonnalisation et d'aliénation varient selon les services et les soignants, mais ces deux processus, quelle que soit leur importance, sont des constantes de la réalité asilaire et s'entament dès l'arrivée du sujet. Ils sont inhérents au système dans lequel soignants et soignés sont piégés, et ce, quels que soient leur degré de conscience et l'importance des efforts déployés contre cet ordre de choses. En effet, nous l'avons dit,dans cette institution totalitaire qu'est l'hopital psychiatrique, les soignants sont investis d'un pouvoir énorme, les relations entre soignants et soignés peuvent être comparées à celles du colon / colonisé, maître / esclave, parents /enfants. Dans cette relation, la demande que le patient exprime se trouve confrontée à l'offre des soignants tout-puissants ; cette demande imaginaire vient alors se modeler et se manifester en fonction de cette offre, c'est-à-dire du projet des soignants, de leurs désirs.

De cette façon, on voit le pouvoir inducteur fantastique que représente le désir, le projet du collectif soignant, son vécu de la personne qui souffre et dont il a pour rôle de s'occuper, ses possibilités identificatoires, ses possibilités ségrégatives.

Nous verrons plus loin sous quels modes de fonctionnement l'équipe qui nous intéresse a tenté de limiter ces processus.

Consciente des effets surajoutés de sa pratique asilaire, l'équipe avait donc pour objectif de faire sortir le plus vite possible le malade de l'hopital, en insistant au maximum sur sa responsabilité, aussi bien vis-à-vis de ses soins que vis-à-vis de son devenir, en établissant une relation de confiance quant à ses capacités et à ses possibilités.

La sortie ne représente pas un rejet, ni une rupture, ni un externement, mais une possibilité de poursuivre les relations entreprises sur un mode nouveau. En effet, hors de l'hopital, au

./.

dispensaire, une relation de type psychothérapeutique pourra s'entamer, une véritable rencontre pourra, cette fois, avoir lieu de personne à personne, dans la mesure où le sujet, à nouveau libre, pourra se retrouver en retrouvant ses repères, ses amis, un cadre de vie qui lui sera propre et qu'il aura choisi ; s'étant retrouvé une identité, il aura enfin la possibilité de parler de lui, de ses difficultés, de son mal à vivre, de sa folie, de se soigner et non plus d'être soigné, car il est bien évident que ce n'est pas la sortie qui le sortira de l'impasse dans laquelle il s'était engagé, mais elle aura -cette sortie- la fonction d'une ouverture sur quelque chose de possible.

De cette position de base découlaient les lignes de pensées dominantes qui imprégnaient les interventions des soignants.

La Responsabilité

Cette notion représentait la pierre angulaire du projet désaliéniste, elle impliquait que le patient avait le pouvoir et la capacité de répondre de lui et pour lui, qu'on attendait de lui des réponses, et donc que sa parole était estimée, entendue, écoutée, qu'elle avait du poids.

- Responsabilité institutionnelle :

  Dans les réunions du même nom, où étaient abordés les rapports entre malades et infirmiers, entre malades et malades, les problèmes de l'organisation de l'institution, les conflits, les bagarres ...

- Responsabilité au niveau de ses actes et de son comportement au niveau de toutes les réunions ; comportements et actes appréhendés en tant que langage, expression de désir, étaient mis en question, interrogés, renvoyant ainsi le sujet à lui-même, et non à une maladie extérieure à lui.

- En bref, responsabilité à tous les niveaux, dans la mesure où cette notion pesait le patient comme sujet désirant en mettant à jour les relations entre lui et son désir, et entre lui et

./.

le monde extérieur et l'investissait d'un pouvoir sur ce qu'il était et sur ce qu'il adviendrait.

Si je parle d'emblée de la responsabilité, c'est qu'effectivement, ce concept représente une des lignes politiques les plus importantes de ce service qui le pose d'emblée dans une position de combat par rapport à l'opinion la plus communément répandue que le fou est un irresponsable ; point de vue garanti d'ailleurs par la Loi : "C'est un fou, ce n'est pas de sa faute". Il ne peut être coupable, c'est peut-être d'ailleurs la raison qui fait qu'on le coupe de la réalité extérieure (à l'asile).

Mais, pour tenir en commun des positions si distantes du sens commun, et donc de ce qui est profondément ancré dans notre esprit, il est nécessaire que s'effectue un travail d'équipe effectif et que cette notion de responsabilité ne soit pas un vain mot dans la vie de chacun des soignants, dans sa vie professionnelle en particulier.

Le respect du patient :

Ce sentiment très proche de la notion de responsabilité s'exprimait très concrètement dès les premiers contacts.

Sur le plan matériel, en laissant à la personne ses effets personnels, en mettant à sa disposition un placard individuel à clé, en lui faisant visiter le service et en expliquant son mode de fonctionnement, en laissant à sa disposition les moyens de communication avec l'extérieur -lettres, téléphones publics, P & T, portes ouvertes- ainsi que la possibilité d'utiliser comme il l'entendait et quand il le désirait...son argent.

Sur le plan relationnel, en l'appelant par son nom et non par son prénom (pour les femmes mariées ou veuves, par leur nom de femme et non par leur nom administratif de jeune fille, comme si elles n'avaient jamais été objet de désir pour un homme).

- En vouvoyant le patient, en discutant avec lui de tout ce qui le concernait - problèmes administratifs, d'employeur, de sécurité sociale; problèmes familiaux, sociaux, thérapeutiques- en lui donnant le pouvoir de décision pour ses affaires ; toute information,

./.

lettres, discussions, entretiens avec la famille, décision du ressort des soignants impliquant de près ou de loin le patient étaient discutés avec lui s'il n'avait pu être présent. En tout cas, chacun s'efforçait à ce qu'aucune décision ne puisse être prise sans que le sujet en ait été averti et qu'il n'ait pu donner son sentiment et sa position.

Réunion de soignants - Lorsqu'au cours d'une réunion entre soignants, le problème particulier d'un malade était soulevé en rapport avec son comportement, sa situation dans le service, les difficultés institutionnelles ou autres qu'il pouvait poser, celui-ci était spontanément invité à participer à la discussion en cours.

Autrement dit, les relations s'instituaient avec le malade comme avec toute personne reconnue comme telle, et donc digne de respect.

Cela paraît évident, mais il faut savoir que la tentation est souvent grande, en pratique, pour des problèmes apparemment mineurs, de se substituer à l'intéressé, de raisonner ou de parler à sa place, de régler les affaires qui le concernent, ce qui n'est jamais, en fait, sans conséquence. Cette pente de "se mettre à la place de", quand on l'emprunte, apparaît bien vite glissante, et surtout extrêmement infantilisante et aliénante pour le patient.

Melle M. - femme au seuil de la retraite, avait été internée en placement d'office au cours d'une bouffée délirante. A sa sortie de l'hôpital, une régularisation vis-à-vis de la sécurité sociale avait été effectuée (elle avait arrêté son travail un an auparavant, sans motif), de sorte que le médecin-conseil de la caisse régionale nous avait envoyé un pli à remplir à propos de la situation de Melle M., et des solutions à envisager quant à son avenir. De l'avis unanime de tous les membres de l'équipe, une retraite anticipée paraissait souhaitable. Comme il n'était pas possible d'en parler avec elle avant quelque temps, nous décidâmes de remplir ce papier.Ce projet de retraite anticipée fut retenu et Melle M. dût justifier de ses divers emplois antérieurs. Cet acte, apparemment anodin, et qui se fait sans trop réflêchir, surtout quand le temps presse et qu'il paraît important de défendre l'intérêt du patient, fût vécu par la patiente comme un viol, car cela l'obligea à révéler tout un épisode de sa vie qu'elle voulait taire à toute fin (un mariage désastreux entre autres).

./.

Ici encore, cette notion de respect est fonction de l'image que le soignant se fait du malade mental, de ce que ce respect représente pour lui en tant que personne et soignant, du respect qu'on a pour lui, pour son travail, donc des relations professionnelles qu'il a au sein de l'équipe soignante.

En effet, les dangers de projection, de ségrégation, de mise sous tutelle, et d'appropriation de l'individu sont grands, si l'on n'y prête pas une attention de chaque instant.

Capacité

La tendance est grande, à l'asile, de considérer les malades, non pas tels qu'ils sont, c'est-à-dire en référence avec ce qu'ils étaient et ce qu'ils pourraient être, mais de les considérer tels qu'ils apparaissent dans les conditions d'enfermement asilaire, dans la relation qu'ils instituent avec les soignants en tant que fou, avec statut de fou.

Ceci revient à appréhender les patients de façon figée, ayant les mêmes capacités à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'asile. C'est-à-dire des capacités quasi nulles, puisqu'ils ne sont rien à l'intérieur, qu'ils ne sont que fous. Cette façon de voir les malades et cette absence d'analyse de l'oppression et de l'écrasement que subissent les soignés à l'hopital, invitent le soignant à un protectionnisme forcené sous - tendu par des sentiments de charité et de pitié. Le protectionnisme est extrêmement oppressif et aliénant pour le soigné. Il relève d'un mode de pensée ségrégationiste, signant l'impossibilité d'identification à tous les niveaux du soignant vis-à-vis du soigné. Il met en évidence tous les préjugés, tous les mythes qui trainent sur le fou en tout point comparables à l'idée que le raciste peut se faire du noir ou du juif.

Pour ma part, j'ai toujours été frappé par le fossé qui séparait la présentation et l'expression d'une personne à l'intérieur et à l'extérieur des murs. Il m'a d'ailleurs été parfois difficile de reconnaître les personnes que j'avais soignées à l'asile ; mais fallait-il les reconnaître ou tout simplement essayer de faire réellement leur connaissance ?

./.

Dans l'équipe du 4ème arrondissement, la notion posant le patient comme capable de se débrouiller, de faire des choses, de travailler, de gérer ses affaires... était intimement liée aux précédentes notions exposées plus haut. Ce sentiment datant d'une longue expérience de sortie, comme nous l'avons vu dans l'historique, représentait une véritable position thérapeutique à plus d'un titre, tout particulièrement pour les malades chronicisés.

- Tout d'abord dans la relation avec les soignants, le soigné se voyait renvoyer une image différente de celle que lui reflétait le miroir institutionnel, donc de son existence présente dépourvue de toute dimension d'espoir. Cette image projective pouvait permettre au sujet de s'identifier à un devenir et d'investir dans un projet autre que celui d'une carrière asilaire.

- Par ailleurs, outre cette ouverture vers des possibilités autres d'existence et de vie de relations, cette position renvoyait le sujet à son désir de façon claire face à la réalité de ce qu'il était dans le moment, et face à la réalité-avenir qui lui était projetée.

- Des discussions, des entretiens pouvaient alors avoir lieu sur un mode dynamique, où désir, investissement, conflits, difficultés, prenaient alors réalité et sortaient du régistre imaginaire dans lequel le sujet tournait en rond, bien protégé qu'il était dans son statut de fou.

- Il va sans dire que cette relation de confiance en un devenir possible ne garantissait pas le succès de l'entreprise relationnelle, mais pouvait servir de base à une identification, à un projet

La folie est affaire de désir, et non absence de désir, et ce qui est remarquable à ce propos, et particulièrement frappant dans la relation avec les fous, c'est la présence du désir du sujet qui affleure en permanence et la force qui anime l'expression de cette volonté profonde dans une réalisation.

./.

- Je citerai à titre d'exemple le cas de M. O, mais tous les autres cas de personnes chronocisées exposés ici sont tout aussi probants.

M. O est entré à l'Hôpital de Vaucluse à l'âge de trois ans et en est sorti définitivement dix-huit ans plus tard. Voici quelques certificats administratifs qui ont jalonné sa trajectoire asilaire :

"

" M. O Placement VOLONTAIRE
" (placé par sa mère)

" Né le 9 avril 1947 Admission du 26 juin 1950

" COLONIE DE VAUCLUSE IMMEDIAT 27 Juin 1950

" Est atteint d'encéphalopathie de l'enfance. Arriération mentale
" profonde avec absence de langage. Absence de troubles caractéri-
" riels. Démarche difficile à type cérébelleux. Hypotonie généralisée.
" Semble peu perfectible.
" A maintenir.
" Signé : Dr. X "
"

" CERTIFICAT DE SITUATION - Le 21 Août 1964 - Dr. Y

" Chez un garçon de 17 ans débilité mentale devenue profonde
" (Q.I. au Binet-Simon 48) ; Matrix 7 ans avec affectivité infantile
" nourrie de sentiments de frustration, latences coléreuses s'extério-
" risant parfois de façon violente, en particulier vis-à-vis des
" infirmières. Habitus féminoïde. Lenteur maniérée.

" Ce garçon ne peut plus être conservé dans un Service d'enfants
" et dans un encadrement essentiellement féminin. Son admission
" dans le Service des Adolescents est nécessaire. "

" 24 H.P.V. 22.VI.67

" Troubles du comportement de type caractériel chez un débile ancien-
" nement hospitalisé à la Colonie de Vaucluse. Mère déjà suivie à
" Maison-Blanche pour débilité ; quatre frères et soeurs dont trois
" sont anormaux. Intolérance au milieu familial où il était retourné
" récemment après avoir perdu un emploi logé de plongeur dans un
" restaurant. Une nouvelle solution de ce type est à envisager dès
" maintenant.
" Dr. Z
" Service Adulte "

./.

" SORTIE H.P.V. 9.V.68

" Une période d'essai de mise au travail et de resocialisation dans
" la vie normale avec poursuite de la prise en charge dans le cadre
" du secteur a donné de bons résultats. La sortie peut être prononcée,
" la continuité de la prise en charge étant assurée.
" Dr. Z "

Etiqueté débile profond à sa sortie en avril 1968, il loge dans un centre d'hébergement grâce au pécule qu'il avait économisé. Il trouve assez rapidement des emplois , mais instable, change souvent d'employeur -non sur renvoi, mais sur coup de tête. Finalement, il trouve une place chez un fleuriste, s'intéresse au langage des fleurs et achète un livre sur ce sujet, et en quelques mois apprend seul à lire et à écrire un peu.

Depuis sa sortie, vient de temps en temps au dispensaire donner des nouvelles ou demander conseil. En 1970, il s'est fait rehospitaliser un mois dans le service. Depuis, il se débrouille très bien.

On sent bien dans ce chapitre le projet d'autonomisation du malade qui sous-tendait l'action de l'équipe, le désir qui l'animait de piéger le moins possible le sujet dans une position dépendante et infantile, le refus qu'elle marquait de valider l'invalidation du malade.

Comment l'équipe soignante définissait-elle son rôle :

.Pour rendre compte du rôle que l'équipe tenait à jouer dans le cadre de son projet thérapeutique, je citerai les phrases les plus souvent prononcées par les soignants au cours de fréquentes réunions avec les malades. En effet, le rôle de l'équipe et l'offre qu'elle proposait au soigné étaient souvent exprimés afin que les choses soient bien claires entre soignants et soignés et que ces derniers puissent se situer par rapport à ces prises de position.

" - Nous ne sommes pas payés pour faire les choses à votre place,
" pour parler à votre place, pour vous protéger, pour vous materner,
" pour vous garder, vous héberger, pour vous faire plaisir, ou pour
" vous donner ce qui vous manque."

" - Nous sommes payés pour vous écouter, pour éclaircir et
" comprendre avec vous les difficultés relationnelles dont vous
" souffrez et qui vous ont amenés à venir ici."

./.

En pratique, cela se concrétisait par le fait que les soignants ne faisaient rien sur le plan matériel pour améliorer, masquer, amoindrir les troubles psychiques du patient, mais bien plutôt les laissaient apparaître de façon évidente afin qu'une demande puisse s'exprimer clairement et que celle-ci puisse être traitée.

"-Nous ne sommes pas là pour faire la police ou pour servir d'hôte-
" lier ; notre position n'est pas d'améliorer les conditions de vie à
" l'asile, mais de vous aider à vous sortir de la situation en cul-
" de-sac dans laquelle vous vous trouvez. D'ailleurs, vous n'êtes
" pas là pour longtemps, il existe d'autres lieux de soins, le dis-
" pensaire par exemple, pour aborder les problèmes avec la même
" équipe."

"-L'asile n'est pas une maison de villégiature ou un lieu de vie ;
" c'est un lieu de soins pour des hospitalisations de courte durée."

Il était ajouté bien souvent :

" Les gens qui ne veulent pas se soigner n'ont rien à faire ici."

Les principes de base qui sous-tendaient ces interventions étaient :

- Ne pas brouiller les relations thérapeutiques par des liens inextricables où se mêlent assistance, répression, bonté... ; limiter les liens à des relations purement thérapeutiques, afin de laisser le soigné se situer le plus librement possible face à un projet thérapeutique clair et à une équipe cohérente.
  Ce projet allait dans le sens d'une autonaumisation du soigné, sens qui réclame que le soigné se sente quitte vis-à-vis de l'équipe, et de ce qu'elle lui offre. (Ceci expliquait en partie la référence fréquente à la rémunération du travail des soignants : on est payé pour ...).

- Pour les soignants, en tout cas, le sentiment de responsabilité se limitait à ce qu'ils avaient défini comme étant leur travail, ils ne se sentaient pas impliqués dans les décisions, actes ou projets que le patient pouvait prendre ou faire ; ce qui ne veut pas dire que dans leurs relations avec celui-ci, ces décisions ou projets n'étaient pas discutés, écoutés, interprétés ou renvoyés aux problèmes personnels de l'individu concerné. J'entends par là que les soignants avaient toujours à l'esprit les deux dangers suraliénants qui guettent la pratique soignante que sont l'appropriation ou la mise sous tutelle, la "substituance et la réjection, le mépris, la ségrégation... !

./.

Dostoïewski écrivait à son frère :

"J'ai fait le projet de devenir fou".

L'entrée en folie est effectivement affaire de désir. Prendre une place de fou représente un choix, une solution, une réponse à une situation qui ne paraît plus vivable autrement pour l'individu. Les soignants ne contestaient pas la folie en tant qu'aménagement provisoire ou durable, voire définitif, du fonctionnement d'un individu ; ce qu'ils contestaient dans leur pratique, c'était ce lien qui se nouait entre cet aménagement défensif, cette folie, et le statut de fou. Ils refusaient d'être partie prenante dans ce choix où seule la folie accompagnée du statut de fou apparaît, comme la mort, être une solution. Ils refusaient d'être complices de cette duperie qui fait de celle-ci une impasse et refusaient d'entériner ce projet personnel, familial ou autre qui figeait le malade dans un statut de fou pour toute raison sociale et pour tout devenir.

"On peut être fou et vivre néanmoins".

S'enterrer à l'asile ou dans un statut de fou n'est pas une solution, n'est pas une position de vie.

Ces principes trouvaient leurs applications dans toutes les relations "soignants-soignés", aussi bien à l'hôpital que dans le secteur ; mais il va sans dire qu' ils s'adressaient tout particulièrement aux malades chronicisés à l'hôpital.

A propos de ces malades chronicisés, j'aimerais, outre l'exemple de M. O cité plus haut, exposer brièvement deux carrières de malades, celles de Melle G et de M. D.

" Mademoiselle G.

" Née le 1.6.1923 à Marseille

" 23.2.1963 - Certificat de placement

" Mutisme catatonisme - Négativisme - Refus d'aliments - Persévé-
" ration des attitudes - Reste absolument immobile, les yeux fermés -
" Sudation - Pouls à 80 - Réflexes présents - T.A. 11 - 7. Pupilles
" normales - S'est enfermée dans une chambre d'hôtel - On ne pos-
" sède aucun autre renseignement.
" A évacuer d'urgence -
" L'état de cette malade nécessite son placement d'urgence dans
" un milieu hospitalier psychiatrique.
" Dr. X "

./.

" 3.2.1966 - Certificat de situation (en vue de transfert)

" Vieille schizo névrosée évoluant sur un fond ancien de névrose
" obsessionnelle actuellement destructurée - Vie de plus en plus
" autistique avec inadaptabilité sociale totale et troubles du com-
" portement - Indifférence affective et apragmatisme -
" Peut être transférée à Marseille où réside toute sa famille.

" Dr. X "

En fait, elle fut transférée à Maison-Blanche en 1969.

" 12.5.1969 - Certificat immédiat (Maison-Blanche)

" Etat dissociatif évoluant depuis de nombreuses années -
" Symptomatologie obsessionnelle nombreux rites de lavage -
" phobie du contact -
" Existence très rétrécie, autistique - Apragmatisme quasi total.

" Dr. Y "

" 18.12.1970 - Certificat de transfert à l'Hôpital de Perray Vaucluse

" Psychose stabilisée sur un mode obsessionnel - Phobie du toucher.
" Rite de lavages des mains. A sensiblement évolué en ce qui
" concerne le pragmatisme et les capacités relationnelles. Sort
" régulièrement en permission - cherche du travail sur un mode
" assez déréel -
" Doit être transférée à l'Hôpital de Perray Vaucluse dans l'optique
" de la sectorisation du 4ème Arrondissement.

" Dr. Y
" Médecin assistant "

" Certificat de quinzaine - le 4 janvier 1971 - H.P.V.

" Bien intégrée dans le pavillon, prend des contacts avec les
" autres. Commence à organiser sa sortie, (préliminaire d'organisa-
" tion des affaires d'argent et de vêtements).

" Dr. Z "

" Certificat de sortie le 29 Mars 1971 - H.P.V.

" Sortie ce jour après une longue hospitalisation : Melle G. a pré-
" paré sa sortie avec beaucoup de précaution à la suite de son
" transfert de Maison-Blanche. Elle va aller coucher dans un foyer
" et chercher du travail sur place (en se servant de ses économies
" très anciennes). Acte très positif pour cette personne.

" Dr. Z "

./.

Après sa sortie, Melle G. vint au dispensaire à deux ou trois reprises. Elle se vivait et se présentait alors comme un reproche vivant pour la psychiatrie. "Regardez ce que l'hopital a fait de moi en dix ans" (sic). L'organisation de sa vie était une dénonciation des traitements psychiatriques et de l'asile qui l'avait "détruite et aliénée" (sic). Elle se sentait preuve vivante d'un crime psychiatrique.

Quelques mois plus tard, elle prit rendez-vous pour nous demander de l'aider à obtenir une pension d'invalidité. Elle avait alors une place de dame de compagnie qui lui convenait mal et elle recherchait une meilleure solution. Après avoir discuté avec elle le sens de sa requête et lui avoir signifié notre refus de la considérer commeinvalide, Melle G. déclara : "Maintenant que je suis en confiance, je vais vous dire ce que j'ai toujours tû à l'hopital de crainte d'être internée un peu plus" (sic). Elle nous raconta alors sa longue et difficile vie de vieille fille névrosée, les relations conflictuelles avec son père, l'opposition de celui-ci à son mariage qu'elle décrivait comme l'évènement qui avait déclanché "ses troubles phobo-obsessionnels" (sic) et l'avait contrainte à arrêter ses études de médecine.

Ce n'est qu'un an plus tard que nous eûmes des nouvelles de Melle G. par le personnel de la rue Lobau(*)qui nous la signala, lorsque celle-ci vint protester vigoureusement contre un prélèvement d'argent fait à son insu. Celui-ci avait été pratiqué avec les meilleures intentions du monde par une employée dévouée, pensant servir les intérêts de la malade en réglant pour elle des cotisations d'assurance volontaire. Cette employée avait malheureusement omis de demander l'avis de l'intéressée et de s'enquérir de l'éventuelle inscription de celle-ci au bureau d'aide sociale de son origine qui prend en charge ces cotisations et qui s'en était justement occupé.

La protestation justifiée de Melle G., comme les employés le reconnurent par la suite, avait été tout d'abord entendue comme l'expression de sa folie du fait de sa longue carrière asilaire et les avait amenés à nous la signaler.

./.

(*) - Lieu des dépôts d'argent pour les personnes internées.

"Mr. D. - Certificats

"Né à Marseille le 6 Novembre 1919

"Interné une 1° fois en 1944 - Sorti de Ville Evrard en "décembre 1957.

"Pas de cert. d'internement. -Placement d'urgence.

"Sainte Anne. - Immédiat - 21.II.1958

"Psychose discordante chez un débile. Aurait été placé "pendant 13 ans à Ville Evrard où il doit être replacé. "A maintenir.

" Le 21.II.1958

" Dr. X

"Vaucluse - Immédiat -

"Psychose discordante chez un débile. Hospitalisé pendant "13 ans à Ville Evrard. Sorti en décembre 1957. Au décours "d'un épisode de subexcitation. Désintérêt complet dont on "arrive à le tirer en le stimulant. Désorientation. Ne paraît pas "halluciné. N'exprime pas d'idée délirante. A traiter dans le "service.

" Le 27.II.1958

" Dr. Y

"Vaucluse - Quinzaine -

"Psychose discordante chez un débile. Placé pendant 13 ans "à Ville Evrard. Hospitalisé à nouveau trois mois après à "l'occasion d'une bouffée confusionnelle dont il est actuel- "lement sorti. Calme et docile. A traiter dans le service.

" Le 12.III.58

" Dr. Y

"Situation de transfert à Ville-Evrard H.P.V.

"Psychose discordante chez un débile. Calme. Petite activité "dans le service. A été hospitalisé dans les années 50 à "Ville-Evrard. Peut être transféré à Ville-Evrard dans le cadre "d'opérations tendant à harmoniser les charges au sein des "H.P. de la Seine.

" Dr. Y.

./.

"Sortie H.P.V. 15.V.1968 -

"Essai de sortie dans le cadre du secteur avec hébergement "et poursuite très serrée de la prise en charge.

" Dr. Z

"Sorti le 15.5.1968 - 107 Quai Valmy 10°"

Interné pendant 24 ans, hormis une sortie éclair de deux mois début 1958 (!), Mr. D. énorme apathique et quasi mutique, avait été surnommé par les soignés et les soignants "Bébé Cadum". Sa seule activité avait été pendant dix ans la fabrication mécanique de paniers, et ses seules visites régulières celles de sa famille pour laquelle des perspectives de sortie étaient exclues depuis longtemps. Il faut dire qu'en 1966, à la mort de sa mère, quand l'équipe s'intéressa à lui, Mr. D ne prononçait que quelques monosyllabes, ne se souvenait même plus du métier qu'il avait pratiqué (plombier), avait perdu l'écriture. ainsi que les notions les plus élémentaires de calcul. Dès ce moment, il fut intégré aux activités et groupes thérapeutiques du service et l'équipe entreprît des entretiens réguliers avec lui. De sorte qu'en mai 1968, sa sortie de l'hôpital fut décidée avec lui et un prêt de 300 F. remboursable lui fut octroyé.

Les évènements de l'époque ne lui permirent pas de trouver du travail, aussi passa-t-il son temps à redécouvrir la capitale, tout en continuant à séjourner dans le foyer d'hébergement qu'il avait trouvé à sa sortie. A cette époque et pendant quelques semaines ensuite, il tint à venir régulièrement au dispensaire qui était sa seule référence extérieure. En octobre 1968, grâce à une relation faite à l'hôpital, il arrêta de vivoter pour prendre un emploi régulier. Récemment, il est revenu au dispensaire pour donner des nouvelles ; il se débrouillait parfaitement bien : "ma seule crainte, disait-il, serait de retourner un jour à l'asile".

./.

J'aurais pu citer de nombreux autres cas, mais ceux-ci suffisent, je pense, à démontrer -si cela était encore nécessaire- le caractère aliénant, pathogène et chronicisant de l'asile que dénonçait Mademoiselle G.

A la lecture de ces cas, on est en droit de se demander pourquoi l'hospitalisation a été si longue, pourquoi une véritable prise en charge thérapeutique n'a pas été entreprise plus tôt. La réponse est multiple et certains de ses aspects ont déjà été analysés dans ce travail ; il en est un cependant qui mérite d'être quelque peu développé : le contretransfert des soignants, autrement dit, l'image qu'ils se font des malades et maladies dites chroniques.

Ce seul terme de chronique, accolé à celui de malade, confère à celui-ci une qualité particulière dans sa relation avec les soignants. Il évoque en effet une notion de durée indéfinie et infinie, liée à la nature de la maladie et renvoie à des schémas d'évolution sans perspective d'avenir et donc sans espoir, quels que soient les moyens thérapeutiques employés.

Avec un certain fatalisme, les soignants considèrent d'emblée ces malades chroniques comme des échecs, attribués à l'impuissance du médecin et de son savoir pour les infirmièrs , au poids du passé et à la gravité de la maladie pour le médecin, aux structures actuelles et au sous-équipement pour tous.

Le fait que les soignants se renvoient ainsi la balle montre bien que la balle en question, à savoir la responsabilité, est un fardeau génant qui renvoie chacun à des sentiments d'impuissance et de culpabilité.

Néanmoins, il n'est pas rare qu'un soignant, nouvelle recrue, infirmier ou interne, se mette à réveiller ces sentiments par l'intérêt qu'il manifeste à l'égard d'un "chronique" et par l'optimisme qu'il exprime quant aux résultats de sa relation avec celui-ci.

C'est une position de paon faisant la roue qu'il prend alors aux yeux des autres par la vanité de son entreprise qui ne peut être que vouée à l'échec, sinon ... (!).

./.

Les autres membres de l'équipe, se sentant remis en cause, feront alors en sorte de lui faire baisser la queue à quelque tournant de la vie institutionnelle. Malheureusement, c'est le malade, porteur des affects, qui donnera le verdict enpayant les pôts cassés de l'expérience solitaire.

Les accidents institutionnels ne sont pas étonnants et ne font que mettre en valeur l'importance toute particulière d'une action thérapeutique collective dans les relations avec ces malades. En effet, la remise en question de leur carrière asilaire revient à remettre en cause le passé professionnel de nombreux soignants et leur pratique relationnelle, ce qui réclame un long travail de réflexion collective ...

Ceci souligne, une fois de plus, l'importance du travail en équipe ; aussi, vais-je maintenant revenir à l'étude du IV° arrondissement et décrire la façon dont s'effectuait ce travail dans l'équipe à laquelle j'appartenais.

./.

- L'EQUIPE ET SON FONCTIONNEMENT

L'équipe de base comprenait une assistante sociale, un ou plusieurs infirmièrs du matin et de l'après-midi et un interne. Un psychologue et un médecin assistant participaient au travail de deux équipes de base, permettant ainsi une meilleure communication entre elles.

Le travail d'équipe soulève dans la pratique le double problème de la responsabilité et du pouvoir de chacun des membres dans la relation particulière qu'il a avec le patient du fait de sa fonction, de ses horaires, de sa personnalité...

La résolution pratique de ces problèmes revêt une importance capitale à mon sens si l'on veut que l'expression "travail en équipe" ne soit pas vide de sens. Cela peut se formuler ainsi : qui décide ? qui fait quoi ? qui est responsable de quoi ? Ces interrogations pointent d'emblée la question de la limitation des rôles, ainsi que celle de l'obstacle hiérarchique, en particulier entre médecins et infirmiers. Mon expérience me force à penser que leur résolution implique que chacun des membres participe réellement aux prises de décisions et que sa parole ne soit pas uniquement consultative, mais qu'elle soit déterminante au même titre que celle des autres. Les décisions et projets doivent donc être effectivement l'expression d'un concensus collectif. Ceci met en évidence l'importance des réunions d'équipe en tant que lieu d'un pouvoir collectif et implique que l'équipe ait un réel pouvoir sur sa pratique et sur les décisions qu'elle prend sans que celles-ci soient remises en cause par des instances hiérarchiquement supérieures.

Ceci ne peut se réaliser que dans la mesure où le médecin qui, traditionnellement et administrativement, concentre tous les pouvoirs, accepte ou soit mis en demeure de remettre en question le pouvoir exhorbitant dont il est le détenteur et de partager celui-ci avec le reste de l'équipe, sans pour autant démissionner démagogiquement de ses responsabilités. En effet, cette démission, par le leurre d'une vaquance de l'autorité et du pouvoir, réalise un blocage au niveau du fonctionnement du groupe et engendre confusion et angoisse, ce qui ne fait finalement que renforcer ce pouvoir et cette autorité.

Dans le cadre de cette unité d'action, il est par ailleurs essentiel que chacun se ressente et soit ressenti par les autres (patients et soignants) comme personne distincte et responsable, ayant pouvoir et compétence propre, et non comme le prolongement d'un corps soignant à tête médicale (bras séculier ou cheville ouvrière). J'entends par là que la cohésion d'une équipe n'est pas forcément synonyme de fusion et d'effacement de personnalités, bien au contraire.

./.

Ces conditions étaient réunies dans l'équipe à laquelle j'appartenais et n'étaient pas uniquement liées à la qualité ou la personnalité de ses membres, mais à son mode de fonctionnement.

Chaque soignant percevait dans ses contacts avec le patient une certaine réalité des difficultés de celui-ci et était l'objet d'une demande dont l'expression était caractérisée en fonction de l'étiquette sociale de ce soignant, de son sexe, de sa personnalité et de la situation dans laquelle ce discours était tenu.

Tous ces aspects parcellaires des problèmes relationnels de la personne étaient discutés, analysés, synthétisés ; chacun, en effet, transmettait la part du discours qui lui avait été adressée et la façon dont il l'avait reçu (ses impressions, ses sentiments).

Cette réflexion en commun permettait à l'équipe de mieux saisir le sens de la demande du patient et de ses difficultés et ainsi de traiter plus efficacement cette demande et de définir un projet thérapeutique.

Ensuite, au cours de synthèses, le patient s'entretenait avec les soignants et les diverses expressions de ses difficultés étaient réfléchies et analysées en commun afin de donner sens à son discours.

Outre les entretiens et les réunions d'équipe, le travail d'équipe revêtait également des formes d'activités thérapeutiques collectives, groupes thérapeutiques, groupes de synthèse, psychothérapies.

Je reviendrai plus loin sur quelques unes de ces activités : il me paraît nécessaire en effet de mettre d'abord en évidence l'idéologie de l'équipe en décrivant le travail spécifique, la place et le rôle de chacun des soignants.

./.

effets civils, était appelé par son nom, avait un placard fermant à clé pour ses affaires et pouvait aller librement dans le service et l'hôpital. En ce qui concerne les permissions, leur principe et leur durée étaient discutés et décidés entre lui et le patient, l'infirmier seul pouvant signer la carte de permission.

Les relations entre malade et infirmier étaient d'une simplicité étonnante, spontanées, véridiques, où si le tutoiement était parfois de mise, il ne se faisait que dans la réciprocité.

Cette qualité particulière de leurs rapports s'expliquait, tant par le temps de travail des infirmiers, que par leurs origines socio-culturelles. En effet, ils étaient pour la plupart issus de la classe ouvrière et avaient fait divers métiers avant d'entrer à l'hôpital, de sorte qu'ils comprenaient bien les problèmes sociaux des malades et se sentaient proches d'eux.

L'infirmier jouait souvent le rôle de "grand frère", de conseiller, de confident, voire même d'ami ; personnage permanent et de référence proche, il était un repère identificatoire permettant à l'individu de se resituer par rapport à l'être social qu'il avait été, ou qu'il deviendrait. En effet, il lui renvoyait toujours une image projective de lui-même autre que celle du miroir institutionnel.

Du fait des contacts pluri-journaliers qu'il avait avec le malade, coucher, lever, repas, médicaments, permissions, réunions institutionnelles, ... il était à même de rendre compte d'une multitude d'informations sur la réalité hospitalière, les liens entre patients, ainsi que sur la dynamique de ses relations avec eux. Son statut l'obligeait à limiter son action à l'intérieur de l'asile, cependant certains poursuivaient leur activité dans le cadre du secteur, grâce à des "finesses administratives".

La Psychologue

Sa place est souvent difficile à situer, néanmoins dans l'équipe, sa fonction était reconnue par tous et son mode d'insertion non remis en question.

Son rôle n'était pas de faire des tests, confinée dans un bureau ; d'ailleurs, pourquoi aurait-elle fait des tests ? Elle participait aux activités thérapeutiques de la vie institutionnelle et sa parole, son

./.

écoute avaient des effets de sens et donnaient un reflet plus extérieur de la vie institutionnelle et des relations inter-personnelles, justement du fait de sa situation particulière.

Non impliquée dans la réalité matérielle du patient, du fait de son absence de pouvoir inhérent à son statut administratif(*), elle était souvent sollicitée par les malades qui, en tant que pôle relativement neutre de l'équipe, lui faisaient part de leurs phantasmes. Son titre de psychologue la désignait comme dépositaire d'un savoir sur les "choses de l'esprit" ; aussi, les patients énonçaient-ils avec elle des demandes plus directement articulées sur leurs difficultés relationnelles, voire même une demande claire de psychothérapie.

Elle pouvait ainsi rendre compte de la réalité psychique du sujet, telle qu'elle l'avait perçue de sa place.

Elle travaillait par ailleurs au dispensaire et dans d'autres institutions du secteur, ce qui permettait une certaine continuité dans ses relations avec les patients. Elle passait deux à trois demi-journées à l'hôpital.

Le Médecin

Sa position au sein de l'équipe, la fluidité de ses horaires et sa traditionnelle facilité de déplacement lui conférait un rôle particulier d'information, d'articulation, et de coordination entre les diverses personnes, les divers temps et les divers lieux de soins.

Par ailleurs, comme les autres membres de l'équipe, il avait à entendre les demandes que chacun lui adressait, mais celles-ci étaient de deux types :

- les unes s'adressaient spécifiquement à sa fonction réelle, problèmes administratifs, somatiques ou thérapeutiques ;
- les autres s'adressaient à ce que je nommerai sa fonction mythique ou mythe de sa fonction et sa tâche était alors de les répercuter sur l'ensemble du groupe, afin de substituer au rêve infantile et mystificateur d'un Autre qui peut tout, la réalité d'un ensemble de gens où chacun -y-compris lui-même- peut quelque chose.

Cette idée que chacun, y-compris les patients, jouait un rôle important dans le déroulement du projet thérapeutique et dans sa réussite, était à la base même du travail d'équipe et de la complémentarité des rôles. ./.

(*) - C'est-à-dire à cette époque à son absence de statut.

Aussi, dès le premier entretien, les fonctions et responsabilités de chacun étaient définies par les soignants qui précisaient que leur rôle n'était pas de soigner le patient, mais de l'aider à se soigner. (Cette précision soulignait l'importance de la part active du malade dans l'entreprise thérapeutique).

Il était également expliqué au patient l'organisation du service, le fonctionnement des institutions extra-hospitalières, de sorte qu'il était d'emblée mis au courant des différentes activités thérapeutiques auxquelles il pourrait participer et savait à qui il pourrait s'adresser pour telle ou telle chose.

Afin de ne pas brouiller les cartes relationnelles, chacun devait prendre garde à ne pas substituer son action à celle d'un autre soignant au risque d'entrer en contradiction avec lui, voire même d'invalider sa parole. C'est dire l'importance des réunions d'équipes fréquentes et des réunions du personnel.

Ces dernières, auxquelles participaient parfois des patients, se déroulaient deux fois par semaine, le lundi et le mercredi de 13 h 30 à 14 h 30. Elles permettaient d'unifier l'action des différentes équipes -matin, après midi, voire nuit- ainsi que de coordonner les activités et points de vue des différentes sous-équipes. Lieux d'information et de discussion, elles servaient aussi à analyser les problèmes institutionnels et à pratiquer des études de cas. C'est également dans leur cadre que se définissaient les lignes politiques, tant par rapport au fonctionnement et à l'organisation du service que par rapport aux problèmes généraux de santé mentale.

Par ailleurs, les soignants avaient des temps de réflexion à la suite des différentes activités thérapeutiques collectives : réunions institutionnelles, groupes de tiroir, groupes de synthèse.

- Les réunions institutionnelles : Trois fois par semaine, le mardi après-midi, le mercredi et le samedi matin, elles rassemblaient tous les infirmiers et malades présents. Au cours de ces réunions, il était parlé des problèmes d'organisation matérielle du service, des difficultés relationnelles entre soignés ou entre soignants et soignés ; enfin, tous les évènements de la vie institutionnelle, repas, coucher, traitement, permission, bagarre, décès, fugue ... étaient discutés et analysés. Les patients avaient un pouvoir au niveau de ces réunions et des décisions pouvaient être prises quant à l'organisation de la vie du pavillon.

./.

Lors des post-réunions, les autres soignants venaient se joindre aux infirmiers pour essayer d'analyser ensemble ce qui s'y était dit ou passé, de comprendre le sens de la dynamique institutionnelle et du discours du groupe de soignés.

- Les Groupes de tiroir dits aussi "Groupes de couleur" (chaque équipe avait sa couleur) réunissaient une fois par semaine, tantôt le matin, tantôt l'après-midi, les soignants d'une équipe et leurs patients. Groupe thérapeutique en nombre restreint, lesmodesde relation et d'échange étaient assez semblables à la forme que prenaient les groupes de synthèse.

- Les Groupes de synthèse. Ce groupe de 25 personnes au maximum réunissait, le mercredi et le vendredi matin, les soignants de deux équipes, ainsi qu'un certain nombre de patients invités nominalement sur un tableau. Etaient invitées les personnes qui venaient d'arriver, celles qui étaient hospitalisées depuis très longtemps et celles qui étaient sur le point de sortir ou pour qui la sortie posait des problèmes. Ainsi se trouvaient réunis l'entrant du matin, le chronique de dix ans d'asile et le sortant de l'après-midi.

  Après le rituel des présentations -nom, profession(*) - déjà riche sur le plan des échanges (certains refusaient de se nommer, d'autres déclinant leur profession répondaient "malade"...)-, un des participants qui était déjà venu expliquait le thème de la réunion : signification de l'entrée et du séjour à l'asile, perspectives d'avenir. En fait, tous les sujets possibles étaient abordés, mais revenaient le plus souvent des questions sur la folie, la place du fou, le rôle des soignants les bénéfices secondaires, le statut de malade, la réjection sociale ...

  Tous discours, manifestations, expressions non verbales (sortie de la réunion, éructation , somnolence, apparté...) étaient verbalisés, interprétés et renvoyés sous forme de questionnement au reste du groupe vers ce qui pouvait y faire écho.

  Les interprétations et questionnements représentaient des ouvertures vers le chemin de la compréhension et non des réponses, des sentences venant ponctuer ou fermer le discours.

  Les libres associations du groupe étaient également soulignés en tant qu'expression d'un désir collectif, qui amenait chacun à s'interroger sur sa propre implication dans le discours commun.

  Toutes ces interventions se situaient au niveau de la réalité des difficultés relationnelles des individus sans se perdre en élucubrations abstraites, dans le registre imaginaire ; elles allaient toujours dans le sens d'un décodage de la demande ou du désir du sujet ou du groupe.

./.

(*) - Ceci afin que les patients puissent faire connaissance, établir des liens et aussi se situer en tant qu'être social passé ou à venir et non en tant que malade travaillant à l'ergothérapie.

C'est pourquoi la ligne directrice de la parole soignante se situait en référence à la responsabilité du sujet au niveau de ses actes, de ses paroles, de ses relations et de tout ce qui l'amenait à "se faire vivre" ainsi et à vivre le monde exterieur et les autres d'une certaine façon.

Chacun, soignants et soignés, était contraint dans ces réunions d'y "mettre sa mise", étant entendu que personne n'était à l'asile pour assister à des discussions de salon.

Animées bien qu'angoissantes, parfois même sauvages, elles étaient d'une grande richesse sur le plan de la formation et sur le plan thérapeutique dans la mesure où chaque participant s'y trouvait confronté avec ce qui me paraît être de l'ordre de la castration, rapport au savoir et/ou à la vérité.

Par exemple, il n'était pas rare que plusieurs patients placés d'office participent à ces réunions et tiennent le discours défensif, classique sur la répression policière, les victimes de la société... Ce genre de discours politico-socio-idéologique, toujours formulé à des personnes sensibles à ce type de dénonciation, était analysé comme résistance et son contenu resitué au niveau individuel. "Il n'empêche que c'est vous qui avez tout fait pour que les voisins appellent Police-Secours, la répression aveugle ne vous a pas frappé au hasard, c'est vous qui, d'une certaine manière, avez fait appel à elle".

Cet exemple particulier mérite notre attention, car il n'est pas rare qu'en relation individuelle ou de groupe, des idées particulièrement investies par les thérapeutes soient avancées par un patient. Se laisser prendre alors au piège de la séduction qu'elles représentent, en perdant de vue le moment et le lieu où elles s'expriment, risque fort de bloquer ce séducteur derrière un mur de résistance non analysable. Il n'est pas, à mon sens, de discours, quel qu'il soit, qui puisse prétendre sortir du champ analytique dans une relation de type transférentiel, d'où l'importance du travail collectif et l'intérêt des post-réunions permettant d'analyser le sens et le contenu des échanges tenus au cours des réunions, et de faire une critique constructive des diverses interventions de l'équipe.

C'est grâce à ces thérapies de groupe que Melle G., Mr. O. et Mr. D. sont sortis de "l'uterus" asilaire et je voudrais à ce propos citer l'exemple de Mr. C. qui fut invité à ces réunions pendant un an et qui sortit, on peut dire pour la première fois et définitivement, après plus de trente ans d'enfermement.

Né en 1925, il avait en effet été placé dès l'âge de 8 ans dans un IMP, puis avait suivi la filière des institutions de réclusion psychiatrique en rapport avec son âge et le lieu d'habitation de sa famille. Quand nous

l'avons connu, il était dans le service depuis 1960 et sa problématique se résumait sur les certificats de 1968 en ces termes : "névrose grave d'évolution ancienne comportant de nombreux éléments dysharmoniques". Homme intelligent et cultivé, il passait son temps à lire et à déambuler mais ne s'approchait pas à plus d'un mètre des portes de l'hopital. Au bout d'un an de prise en charge, se limitant à ces réunions et à des entretiens collectifs avec l'équipe qui s'en occupait, la sortie fut décidée.

Certificat de sortie HPV I-VII-1970

Névrose d'angoisse ayant pris un aspect de gravité exceptionnelle en raison de l'ancienneté de l'évolution. Pris en charge sur le plan psychothérapique et social par l'ensemble de l'équipe, ce sujet a fait des progrès considérables, qui nous font considérer comme plus que probable une adaptation satisfaisante au dehors.

Doit sortir aujourd'hui pour être suivi au dispensaire.

Dr. Z.

En fait, il ne vint pas au dispensaire et pendant plus d'un an, nous restâmes sans nouvelles de lui, jusqu'au jour où, par hasard, on apprit qu'il effectuait un petit travail dans un centre d'hébergement. L'équipe, curieuse de son évolution, lui écrivit pour demander de ses nouvelles, ce qui eut pour effet de lui faire rompre tous les liens qu'il avait, de se présenter au dispensaire en disant qu'il était prêt à retourner à l'asile. (Il répondait ainsi à ce qu'il croyait être le désir des soignants). Après cet incident, il poursuivit son chemin à l'extérieur et récemment, en 1972, il demanda un rendez-vous pour avoir des entretiens réguliers et y voir clair dans ses difficultés relationnelles.

J'ai tenu à rendre compte de cette histoire car, d'une part, elle est significative des effets de ces groupes et du type de prise en charge dite "d'autonomisation valorisante", et d'autre part, elle caractérise le mode de relation qui s'institue avec ces patients après leur sortie : -plus de nouvelles, puis, bien plus tard, reprise de contact sur un autre mode. Enfin, elle montre les éventuels dangers des maladresses de l'équipe à l'égard de ces anciens piliers d'asile.

Hormis les différentes activités thérapeutiques déjà décrites: entretiens individuels, collectifs ; groupes et réunions, il était également pratiqué des psychothérapies.

./.

Ces psychothérapies dans leur forme et leur conception présentaient des aspects originaux ; adressées essentiellement à des personnes psychotiques, elles se faisaient à plusieurs thérapeutes, deux, trois ou quatre choisis indépendamment de leur statut ou fonction parmi les membres de l'équipe qui avaient de bonnes relations avec le patient et qui, de plus, lui portaient un certain intérêt. Ainsi, telle psychothérapie pouvait avoir comme thérapeutes un infirmier, une infirmière, un mèdecin, telle autre une psychologue, une assistante-sociale ... Les séances se déroulaient dans un cadre fixe (les mêmes jours à heure fixe dans un même endroit, à l'hopital ou au dispensaire avec permission).

Lorsqu'un médecin participait à une psychothérapie, il était rare qu'une prise en charge bipolaire (médecin médicament - administration, médecin thérapeute) soit organisée. En effet, l'expérience avait montré que cette séparation artificielle des pouvoirs et des responsabilités, poursuivant le leurre puriste d'appliquer dans le cadre d'une institution une technique analytique rigoureuse et d'être des thérapeutes d'une neutralité bienveillante, ne faisaient qu'accroître les difficultés en brouillant les repères du patient. De fait, bien loin d'être considérées comme des prises en charge "à part", priviligiées, entourées d'un hâlo de mystère, elles représentaient une des modalités thérapeutiques intégrées aux autres activités. Telles des lentilles grossissantes, elles permettaient aux soignants, au travers des transferts multiples et d'une grande mobilité qui se jouaient, d'interroger et de mettre à jour ce qu'il en était du désir du sujet à partir du discours énoncé ici et maintenant, et de ce qu'il vivait dans ses relations à l'intérieur de l'institution.

Pour poursuivre le chemin psychothérapique, il fut nécessaire dans certains cas de demander une participation financière au patient qui, même symbolique, n'était pas sans poser de multiples problèmes.

Enfin, certains patients, tout en étant hospitalisés, suivirent les cures analytiques qu'ils avaient entreprises ailleurs, d'autres sur les conseils de l'équipe entamèrent des psychothérapies "en ville".

Je me suis volontairement limité à une description très succinte des éléments originaux que pouvaient présenter ces psychothérapies, en espérant qu'un texte collectif puisse bientôt paraître sur l'expérience qui en a été faite et sur les problèmes pratiques et théoriques d'un grand intérêt qu'elles posent.

./.

Je donnerai maintenant un aperçu du travail de l'équipe dans l'extra-hospitalier. J'ai noté plus haut que les principes auxquels celle-ci se référait vis-à-vis du secteur étaient disponibilité, non interventionnisme, non impérialisme... Concrêtement, cela revenait à ne pas envoyer de convocation aux personnes qui venaient consulter, mais à laisser celles-ci se situer par rapport à leur demande, leur envie et non par rapport à un supposé devoir qui les obligerait à venir pointer au dispensaire pour que tout le monde soit tranquille ; dans ce même esprit, les visites à domicile n'étaient pratiquées que dans des cas exceptionnels. Cela signifiait aussi que le patient avait le choix de changer d'équipe ou d'aller voir un autre psychiatre, privé par exemple, et que l'équipe de plus tentait d'aider le généraliste, qui s'adressait à elle pour conseil, à assumer les prises en charge qui lui posaient problème, sans s'approprier les malades qui, de par leurs troubles, entraient dans son champ.

Soucieuse de l'avenir et de l'intérêt des personnes en difficulté qui venaient lui demander de l'aide, l'équipe avait pour principe de "psychiatriser" le moins possible.

Ce non interventionnisme, non impérialisme, non protectionnisme... n'empêchaient pas l'équipe d'assumer la prise en charge de nombreux clients. Ceux-ci étaient vus en consultation par deux personnes, médecin et assistante sociale, ou médecin et psychologue, bien que cette dernière utilisait une bonne partie de son temps à faire des psychothérapies. Les entretiens à deux présentaient le double avantage d'assurer une certaine continuité relationnelle en cas de départ du médecin, et de saisir au plus près les différentes formes de discours qu'il pouvait être amené à produire. Enfin, la disponibilité de l'équipe n'était pas une attitude générale à l'égard des seuls patients, mais envers toute personne lui exprimant une demande : généraliste, assistante sociale, aide ménagère ...

Ce travail d'équipe, tel que je viens de le décrire, présentait de multiples avantages pour les soignés et les soignants.

Les nombreux temps de réflexions que l'équipe s'était ménagée représentaient à la fois un intérêt thérapeutique évident et une formation permanente pour les soignants tirant de leur pratique individuelle et collective un riche enseignement.

En effet, la réflexion critique qui s'y pratiquait offrait à tous une vision moins parcellaire et donc plus synthétique de la réalité à laquelle chacun se trouvait confronté, tant dans ses rapports avec l'institution que dans ses relations individuelles avec les patients. Aussi, les soignants étaient-ils mieux à même d'aider ces derniers à sortir de leur aliénation.

./.

Ce type de travail présentait en outre l'intérêt de garantir la cohésion de l'équipe en permettant de verbaliser, et ainsi de dépasser les différents ou contradictions entre ses membres et de déjouer les conflits ou scissions que certains malades psychotiques pouvaient susciter dans le groupe en actualisant dans leurs relations avec les soignants leur problématique relationnelle.

La "guérison de ces scissions" et donc la cohésion de l'équipe, donnaient à ces malades la possibilité d'intégrer une image unifiée et unifiante des projections qu'ils effectuaient par leurs transferts multiples sur "les membres du corps soignant".

L'équipe s'efforçait donc d'éviter le plus possible d'offrir aux malades une image divisée et pathogène d'elle-même, qui aurait représenté pour eux, dans le réel, une véritable réplique projective de leur corps morcellé.

Cet aspect dominant de la lutte contre le morcellement, la division et le cloisonnement des prises en charge thérapeutiques se manifestait également dans l'organisation du travail sur le secteur.

L'équipe y multipliait les contacts avec les institutions existantes -hopital de jour, atelier thérapeutique, foyer de jeunes, maison de retraite ...- par des réunions et des déplacements fréquents mais aussi avec toute personne ou groupe participant professionnellement ou non à une action thérapeutique --médecin généraliste, assistante sociale, confrérie religieuse, voisins...

Par ailleurs, les modalités du travail d'équipe avaient pour conséquence fondamentale le changement qualitatif des relations entre les individus.

En effet, partageant dans la pratique pouvoir et responsabilités, échangeant sentiments, réflexions, critiques lors de contacts directs et fréquents, définissant ensemble l'organisation de leur travail, assumant collectivement des prises en charge angoissantes, où, confronté à la folie, chacun se retrouve à la même enseigne en tant qu'individu avec sa personnalité, ses défenses, ses difficultés propres, les soignants étaient amenés à établir entre eux des relations de confiance et des rapports d'individu à individu, dépassant le cadre des relations entre catégories, étiquettes sociales ou fonctions.

./.

L'organisation du travail et les expériences communes remettaient de fait en cause les rapports hiérarchiques classiques entre les soignants, ainsi que l'idéologie dominante(*) qui garantit et conforte cette hiérarchie par les rapports imaginaires qu'elle créée entre les personnes.

Cette remise en cause, en particulier des rapports médecins - infirmiers au niveau du schéma hiérarchique médecin - infirmier - malade, amenait par répercution les soignants à reconsidérer leurs relations avec les patients et l'image qu'ils s'en faisaient.

Ce fait ne modifiait pas pour autant la réalité sociale et professionnelle (hiérarchie des salaires, différences socio-culturelles, structures de la psychiatrie), mais modifiait radicalement pour chacun la vision qu'il pouvait avoir des autres en lui faisant découvrir tout simplement des personnes.

Ainsi, les thérapeutes avaient-ils pour interlocuteur une personne avec ses difficultés, sa personnalité, son fonctionnement et non comme dans le "scientisme" ou le "protectionnisme", une maladie ou un malade, conceptions réduisant le patient à la représentation d'un ensemble symptomatique organisé. On pourrait d'ailleurs dans ces cas parler de relations soi - niant - soi - nié puisque ces idéologies nient chacune à leur manière la personnalité et l'existence même du patient en tant qu'individu.

L'objet de la pratique soignante n'était pas pour autant cette personne, mais là ou les relations que cette personne pouvait avoir avec les soignants.

En effet, le projet désaliéniste consiste à autonomiser le patient, à le sortir de l'aliénation dans laquelle il se trouve en l'aidant à ouvrir les yeux sur ses vrais problèmes, à élucider et comprendre le sens de ses troubles et les raisons qui le font "se faire vivre ainsi" par référence à son passé et à ses conditions d'existence présentes. Ce projet ne peut se réaliser que grâce à la dynamique des relations instituées avec les soignants. Celles-ci sont donc l'instrument et l'objet de la pratique désaliéniste. En cela, le soignant au même titre que le soigné est partie intégrante de cet objet, il fait donc partie de l'objet même de sa pratique et se soumet à la réflexion critique qu'elle nécessite.

./.

(*) - Voir Biblio. N° 21

Dans ce chapitre, il a beaucoup été question de relations, ce qui n'est guère étonnant, car dans le domaine de la folie, les problèmes se présentent en termes de relations inter-personnelles, comme l'écrit Cooper (*)1.

Ces relations inter-personnelles sont à mon sens l'instrument thérapeutique essentiel pour soutenir le patient sur le chemin de sa désaliénation.

> (*)2 "Lorsque le sujet échappe à cette aliénation, il devient "capable, d'abord de prendre conscience de ce qui se "passe en lui, s'il ne l'a déjà fait, et ensuite de franchir "la seconde étape, encore plus importante, qui consiste "à comprendre progressivement qu'il s'agit des choses "qu'il se fait ou s'est faites à lui même. Le processus se "renverse, le patient devient agent."

Pour que cette évolution décrite par Laing dans "la Politique de l'Expérience" soit faite par le patient, il faut que celui-ci puisse verbaliser ses difficultés et aussi les actualiser par effet de transfert dans une relation avec un thérapeute ou une autre personne. La "méthode" utilisée par le soignant pour aider le sujet dans cette voie, je l'ai appelée le traitement de la demande, selon une expression chère à L. Bonnafé(*)3, et qui est au fondement même de la pratique désaliéniste.

Il s'agit d'une réflexion critique menée par le soignant sur sa propre pratique, en particulier dans sa relation avec le patient, lui permettant d'analyser ce qui se passe dans celle-ci sans qu'il s'agisse forcément de cure psychothérapique ou analytique.

Traiter la demande revient en fait à analyser celle-ci comme on le ferait pour une phrase en analyse grammaticale classique, c'est-à-dire en interrogeant les divers éléments qui la constituent.

> Qui est-ce qui demande ? Demande quoi à qui ? Dans quel but ? De quelle manière ? Pourquoi ? Quel sens a ce mot ? Quelle signification a la forme du discours ? ... Enfin, toutes questions que l'on peut se poser face à un texte !

./.

(*)1 - Voir Biblio. N° 14

(*)2 - Voir Biblio N° 17

(*)3 - Voir Biblio N°.22

Car il va de soi qu'une demande, si tant est qu'un sujet la soutienne, est adressée à quelqu'un, et que le soignant ne peut être que le complément et non le sujet de celle-ci ; ce qui malheureusement n'est pas toujours le cas.

On le voit dans cette étude, dans ce traitement de la demande, que le soignant est impliqué, et est un des deux pôles de la relation par laquelle cette demande passe. Aussi fait-il partie, en tant que sujet au même titre que le patient, de l'objet de sa pratique de sa réflexion critique ; ceci souligne l'importance du travail d'équipe comme soutien et contrôle de cette démarche.

Il va de soi que bien souvent la personne folle n'est pas le sujet de la demande et qu'elle n'est là qu'en tant que complément, signe ou symptome de la demande de quelqu'un d'autre qui s'exprime par son intermédiaire (ceci est particulièrement net avec les enfants ou les schizophrènes). C'est dire l'importance de pouvoir saisir les termes de l'échange et de comprendre qui parle pour qui, qui est parlé par qui, qui est le symptome de qui... afin que soit entendu celui qui a une demande à formuler, et que ne soit pas piégéedans une relation aliénante la personne qui tient lieu de porte-parole.

Le propos peut paraître naïf et rempli de lapalissades ; cependant, combien d'équipes soignantes effectuent réellement ce travail en aménageant les temps de réflexions nécessaires à chacun pour y voir clair dans ce qu'il fait ou vit ?

Le projet désaliéniste que je viens de décrire ne peut se dérouler que dans la mesure où une demande s'exprime et qu'une relation s'établit entre le patient et le ou les soignants.

Malheureusement, ces cas ne sont que trop rares et grand nombre de patients n'entament pas leurs relations avec l'équipe psychiatrique par la formulation d'une demande, mais sous le coup d'une commande sociale de réjection, en relation avec les soignants. Même si, dans cette réjection, la demande du sujet exclu peut s'y trouver mêlée, c'est néanmoins d'un processus de suraliénation qu'il fait les frais, car l'équipe psychiatrique, quelle qu'elle soit, devra assumer son rôle social d'appropriation face à cette réjection. C'est cette contradiction entre son projet thérapeutique à l'égard du patient et sa fonction sociale qui marque la limite du projet désaliéniste et qui représente le noyau suraliénant irréductible de toute pratique psychiatrique.

Je reviendrai en dernière partie sur ce propos négativiste pour situer ce qui, à mon sens, représente actuellement la seule voie de réflexion théorico-pratique permettant de sortir de cette impasse aliénante.

./.

Troisième Chapitre :

REFLEXIONS THEORICO-PRATIQUES

Claudine Herzlich, dans son livre "Santé et Maladie"(*), présente un schéma général de la maladie "destructrice" qui montre les effets de la modification du rôle social sur les relations avec autrui et sur l'image de soi.

Le maladie vécue

Rôle social	Relation à autrui	Image de soi
Inactivité ⟶	Dépendance ⟶	Sentiment d'angoisse
Perte du rôle social ⟶	Exclusion Solitude ⟶	Sentiment d'anéantissement

Elle dit également "le malade a perdu ses qualités d'adulte autonome et socialement actif, il est moins qu'avant ; il a regressé au statut passif de l'enfant, mais alors que l'enfant a sa place en tant que tel dans la société, le malade semble, dans cette vision, ne pouvoir en trouver une".

Ce schéma et cette réflexion faits à propos du malade en général s'appliquent tout particulièrement bien aux malades mentaux internés : perte du rôle social, exclusion, solitude, sentiment d'anéantissement, perte de l'autonomie, dépendance, régression, statut passif d'enfant...

Au fil des années de réclusion psychiatrique, ces effets s'accentuent considérablement et entraînent une dégradation très importante de la vie relationnelle.

Le malade vit complètement replié sur lui-même, enkysté dans l'institution, limitant ses rapports avec celle-ci, du fait de sa survie végétative, à des échanges mécaniques de nature nutritive : médicament aliment... Il est ainsi dans la même situation que le foetus dans l'uterus maternel, parfois même il en prend la position.

./.

(*) - Voir Biblio N° 18

A partir de cette analogie, je voudrais montrer qu'au cours de la déchronicisation de ces patients, l'évolution qu'ils suivent est assez comparable à celle de l'infans puis de l'enfant.

Je ne parlerai pas des différents stades prégénitaux, bien qu'ils se retrouvent dans l'évolution de leurs formes d'expression et de fonctionnement, mais des processus de ré-identification par lesquels ils passent et qui ne sont pas sans rappeler l'identification primaire, l'identification spéculaire et l'identification à un projet.(*)

Les premières rencontres entre le patient asilisé et le soignant sont marquées par la présence de l'offre du soignant, à savoir de son désir. La dialectique qui sous-tend l'identification primaire, comme l'écrit P. Castoriadis-Aulagnier(*), se situe dans la rencontre entre le désir (offre) de l'un et la demande de l'autre.

La mère désire que l'infans demande et l'infans demande que la mère désire. Il en va de même lors de ces premiers contacts entre le patient très régressé et l'équipe.

A la demande primaire suscitée par leur offre, les soignants proposent en réponse un objet -emblème de la vie, une relation avec eux qui se concrétise par des réunions ou des entretiens réguliers auxquels le patient pourra mordre. L'identité existant au début entre l'offre et la demande ne dure que la période brève pendant laquelle le demandeur ne sait pas encore ce qu'il demande ; mais bientôt se produit un écart entre ce qu'il demande et ce qu'il reçoit. Cet écart est le signe de la relance de l'activité psychique du patient et de ses relations avec le monde extérieur.

La deuxième phase de cette évolution est celle de l'autonomisation valorisante et valorisée du sujet au cours de laquelle il retrouve une identité propre, différenciée de l'institution dans laquelle il s'était noyé corps et âme au cours des années.

J'appellerai cette phase, par analogie au stade du miroir, la ré-identification spéculaire dans la mesure où les relations instituées avec les soignants jouent le rôle d'un miroir.

En effet, c'est dans ces relations que son discours prend sens, dessinant une image de lui-même dont les contours se précisent peu à peu et dans laquelle il se reconnaît et est reconnu comme personne distincte ayant sa personnalité, ses difficultés, ses désirs.

./.

(*) - Voir Biblio. N° 19

On peut parler ici de processus d'identification tel que J. Lacan(*)1 le définit dans "Les Ecrits", "La Transformation produite chez le sujet quand il assume une image".

Cette autonomisation ne peut cependant se développer qu'à la condition d'être valorisée par la satisfaction qu'en éprouvent les soignants.

Enfin, on pourrait décrire une dernière phase d'identification dans ce chemin de réhabilitation du sujet reclu, celle de l'identification à un projet.

Au fur et à mesure que le discours du sujet se décode et prend sens pour lui au cours de ses entretiens avec les soignants, une image future de lui-même, valorisée par ces derniers, prend forme et lui permet de pouvoir s'affirmer dans une identification à un moi futur.

Cette phase ultime d'identification, l'identification à un projet, ne peut cependant devenir crédible pour lui que dans la mesure où sa démarche identificatoire est sous-tendue par une relation de confiance avec les soignants.

Ce projet social, quand il se réalise, correspond, dans le schéma de Claudine Erzlich, à la sortie de l'état malade par une démarche inverse de celui qu'elle indique : image de soi → relation à autrui → rôle social.

Le patient devient alors acteur, indépendant, capable d'entretenir des relations de personne à personne.

Il est remarquable à ce propos de constater que la plupart des patients qui sortent de l'hopital après dix, vingt ou trente ans d'internement, préfèrent prendre une certaine distance vis-à-vis de l'équipe et du mode de relations antérieurement institué.

Pour conclure cette étude, je voudrais maintenant vous faire part de quelques réflexions sur la psychiatrie en général, en tant qu'appareil répressif et idéologique d'état, et sur les perspectives d'avenir pour sortir soignants et soignés de l'impasse aliénante dans laquelle ils sont actuellement piégés.

Je citerai à ce propos un passage du livre de Cooper : "Psychiatrie et Anti-Psychiatrie". (*)2

./.

(*)1 - Voir Biblio. N° 20

(*) - Voir Biblio. N° 14

"Nous pouvons mettre cela dans les termes suggérés par "Claude Levi-Strauss in triste tropique (1955).

"Il y a des sociétés qui avalent les gens, c'est-à-dire des sociétés anthropophagiques et des sociétés qui vomissent les gens, des sociétés anthropoémiques. On voit donc la transition d'un côté entre la façon dont, au moyen-âge, la personne-enfant était avalée dans la communauté, un mode d'acceptation assimilante qui se rattachait au cannibalisme rituel qui est celui des sociétés primitives dans lequel le rituel permet aux gens d'accepter l'inacceptable -en particulier la mort-, une transition de l'autre côté , la société moderne anthropoémique qui rejette d'elle-même tous ceux qu'elle ne peut amener à accepter les règles ingénieusement inventées de son jeu. Sur cette base, cette société exclut les faits, les théories, les attitudes et les gens -gens de la classe qui ne convient pas, de la race qui ne convient pas, de l'école qui ne convient pas, de la famille qui ne convient pas, de la sexualité qui ne convient pas, de la mentalité qui ne convient pas. Dans l'hopital psychiatrique traditionnnel d'aujourd'hui, malgré la proclamation du progrès, malgré les progrès dont elle se vante, la société gagne des deux côtés dans les deux mondes. La personne qui est "vomie" de sa famille de la société est avalée par l'hopital, et alors digérée et métabolisée hors de son existence de personne identifiable. Ceci, je pense, doit être considéré comme violence".

Lorsque j'ai pris connaissance de ce passage du livre de Cooper, il m'a paru difficile de mieux résumer ce que j'avais à dire en matière d'aliénation de l'individu, que j'ai nommée "appropriation - réjection".

La question se pose alors, et c'est par là que j'aimerais conclure, de savoir s'il est possible d'appréhender différemment le problème de la folie et de déjouer dans la pratique ce modèle de défense sociale qu'est l'appropriation - réjection, l'anthropophagie - anthropoémie.

Il ressort d'un rapide tour d'horizon des différentes expériences psychiatriques, anti-psychiatriques, désaliénistes ou autres, qu'en fait, celles-ci ne sont jamais que des tentatives d'aménagement formel du couple appropriation - réjection. Car, qu'il s'agisse du secteur, des homes ou des communautés, il est toujours question de la désignation du sujet fou et de sa prise en charge par ceux qui savent, délégués sociaux compétents ou supposés tels par l'opinion publique.

Ceci m'amène à considérer la relation "déviant - spécialiste - société (commande sociale)" comme une structure triangulaire figurée par les initiales : D - SP - CS.

./.

Au niveau du schéma, on peut voir que les flêches vont dans un seul sens ; le déviant pose un problème au groupe social environnant, celui-ci fait alors appel au spécialiste, délégué prévu et payé par l'organisation sociale pour s'occuper de ceux qui ne jouent pas le jeu, le rôle de celui-ci étant de remettre les choses en place, de replacer le déviant dans le droit chemin, de lui rendre la raison, de lui apprendre à parler et à penser comme tout le monde afin qu'il cesse de poser un problème au groupe social et à son mode de fonctionnement.

Il y a là un évitement, un refus du groupe d'entendre les questions, les remises en cause du déviant : "c'est là affaire de spécialiste".

Cette réjection, qu'elle se manifeste par un enfermement ou par des consultations, est toujours une clôture tentant d'enfermer le discours du sujet génant dans une relation individuelle, dans un ailleurs, derrière des murs.

Le discours du sujet n'est plus alors dirigé vers ceux à qui il s'adresse, mais vers ceux à qui on l'adresse ; il y a substitution.

C'est là que réside le potentiel de base aliénant de la pratique soignante ; il y a erreur d'aiguillage et les flêches du schéma tournent en rond, dans le sens inverse de la logique.

Le sujet D., qui souffre, a effectivement une demande à l'égard de ceux qui l'entourent (mais non à l'égard du substitut spécialiste), ceux qui l'entourent font un appel, une commande à celui qui devra répondre à leur place et agir sur celui qui "demande".

./.

CONCLUSION

Au cours de ce travail, j'ai tenté de mettre en évidence l'aliénation à laquelle la société soumet le malade mental.

Cette aliénation particulière que j'ai appelée suraliénation pourrait se définir comme l'aliénation surajoutée à l'aliénation mentale qui aggrave les difficultés relationnelles du fou en le mettant dans une situation d'étranger par rapport à lui-même et au reste de la population; elle représente l'impact sur ce dernier de la violence que lui fait la société de façon manifeste ou insidieuse par ses lois, ses appareils d'état, son idéologie.

J'ai tout d'abord étudié les effets aliénants qu'engendrent un certain nombre d'institutions sociales -police, justice, sécurité sociale, organismes de bienfaisance- par le statut à part qu'elles donnent et par les relations extra-ordinaires qu'elles provoquent.

J'ai ensuite examiné les aspects légaux, administratifs, financiers et institutionnels de l'appareil psychiatrique, appareil idéologique d'état, qui en font un instrument d'aliénation ségrégatif pathogène et chronicisant pour les individus qu'il est censé aider, et me suis à ce propos particulièrement attaché à l'analyse de deux idéologies psychiatriques dominantes.

A titre comparatif, j'ai alors décrit l'expérience d'un service centré autour d'un projet désaliéniste, où les efforts des soignants se portaient essentiellement à réduire les effets aliénants que pouvait produire leur pratique.

Enfin, pour finir, je me suis interrogé sur la pratique actuelle des soignants et sur la manière dont la société traite ses malades mentaux d'une façon générale.

./.

En résumé, notre société, bien loin d'aider les malades mentaux, les piège dans une impasse, les fige dans leurs symptômes et dans leur statut d'être à part. Société anthropoémique (Lévi-Strauss), elle rejette les déviants mais pour ce qui est du malade mental, le récupère par ailleurs, se l'approprie par des organismes créés à son intention. Elle adopte ainsi deux attitudes apparemment contradictoires mais qui, en fait, se complètent à merveille, pour constituer un couple qu'on peut nommer appropriation rejection. Ces deux attitudes représentent les deux modes de relations aliénantes pour le malade mental et procèdent d'une même pensée : la pensée ségrégationniste suraliénante. L'équipe soignante, dans sa pratique, est actuellement "coincée" à l'un des pôles du couple, gardienne des lieux de rejection, sa fonction ne peut être qu'appropriative. Dès lors, les relations soignants - soignés qu'elle établit ne peuvent être qu'aliénées et aliénantes, dans la mesure où elle se trouve de par sa place et sa fonction en devoir de répondre, à la demande sociale et non point à la demande de celui qui souffre.

Une question se pose alors : peut-on concevoir et définir d'autres formes de pratique psychiatrique déjouant ce modèle de défense sociale ?

Il convient en tout cas que chacun s'efforce de concevoir et définir ces autres formes. J'ai essayé pour ma part de contribuer à cet effort.

Vu, le Président de Thèse :

Vu, le Doyen :

BIBLIOGRAPHIE

1. - Saint-Just — L'esprit de la révolution. Fragments sur les institutions républicaines. Collection 10.18. Plon. Paris 1963

2. - Petit Robert — Paul Robert. 1970

3. - Woodbury — Ethnologie et psychiatrie (traitement somato-psycho-social des psychoses. P. 141 - 157. Information psychiatrique. Février 1972

4. - Dictionnaire des racines des langues européennes — R. Hauterive. Larousse

5. - Maud Mannoni — Le Psychiatre, son fou et la psychanalyse. Editions du Seuil. Paris. Le Champ Freudien. Evreux. 2° trimestre 1970

6. - Journal Officiel du 19 avril 1954. N° 92. P. 3.827

7. - Analectes — Loi de 1838. Discussions des Députés et des Pairs. Tome I. 2° trimestre 1972
1) - P. 27 - 28
2) - P. 36 - 37
3) - P. 32

8. - Loi n° 70.1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses. J.O. du 3 janvier 1971

9. - Décrêt n° 71.690 du 19 août 1971 fixant les conditions dans lesquelles les personnes ayant fait un usage illicite de stupéfiants et inculpées d'infraction à l'article L.628 du Code de la Santé Publique peuvent être astreintes à subir une cure de désintoxication. J.O. du 25 août 1971

10. - Foucault — Ordre du Discours. Gallimard N.R.F. 3° trimestre 1972. Paris

11. - Goffman — Asiles. Editions de Minuit. 1968

12. - A. Didier — Sur la pensée ségrégationniste. Evolution psychiatrique. Janvier. Mars 1971 Tome XXXVI. Fascicule I - P. 31 à 72. Toulouse. 1971

13 - J. Massip — Législation française relative aux malades mentaux. Encyclopédie médico-chirurgicale. Traité de Psychiatrie. Mars 1972. 37901 AID Docteur en Droit. Magistrat au Ministère de la Justice.

./.

14 - David Cooper — Psychiatrie et Antipsychiatrie. Le Champ Freudien aux Editions du Seuil. Paris. 1970

15 - Lewis Carol — Les Aventures d'Alice au Pays des Merveilles. Aubier Flammarion bilingue. 1° trimestre 1970

16 - L. Bonnafé & Coll. — Evolution d'une équipe psychiatrique de secteur face à l'alcoolisation. Information Psychiatrique. Volume 47. N° 3. P. 215 à 304. Lyon. Mars 1971

17 - Ad. Laing — La politique de l'expérience. Essai. Editions Stock. France. 15 septembre 1969

18 - Claudine Herzlich — Santé et Maladie (Analyse d'une représentation sociale). Mouton. Abbeville. 3° trimestre 1969

19 - P. Castoriadis-Aulagnier — Demande et Identification. P. 23 à 65 L'Inconscient. N° 7. L'Identification. PUF Juillet-Septembre 1968. Vendome

20 - J. Lacan — Ecrits. Le Stade du Miroir. P. 93. Champ Freudien. Editions du Seuil. Paris. Nov. 1966

21 - Louis Althusser — Idéologie et appareil idéologiques d'Etat (Note pour une recherche). P. 3 à 39. La Pensée. Editions Sociales. Paris. Juin 1970

22 - Lucien Bonnafé — Inédits sur le collectif de traitement. 1963 Hiérarchie. Sanctions. Février 1965 - Doctrine post-esquirolienne . Méditations sur la mort d'Yves Bertherat. Novembre 1967. Le personnage du Psychiatre. I, II, III. Evolution psychiatrique. 1948. II in. vingt-sept opinions sur la psychothérapie. Collection La Raison. 1961. III inédit X. 1965. Lettre à un jeune psychiatre sur l'antipsychiatrie. La Nouvelle Critique. III. 1972

23 - Yves Racine — Argent et échanges. Bibliothèque de l'Infirmier Psychiatrique. CEMEA. Editions du Scarabée. Bordeaux. 4° trimestre 1967

TABLE DES MATIERES

		Page
- Introduction		
- Chapitre I :	Enoncé et tentative d'analyse des appareils et relations suraliénants	4
- Chapitre II :	Le désaliénisme	47
- Chapitre III :	Réflexions théorico-pratiques	88
- Conclusion		95
- Bibliographie		

443